

ANTHONY ZWI

LIVRE
DES RÉSUMÉS

BOOK
OF ABSTRACTS

LIBRO
DE RESÚMEN

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH POLICY



MONTREAL 1996

9^e CONGRÈS 13-16 JUIN

9th CONGRESS JUNE 13-16

9^o CONGRESO 13-16 JUNIO

Au-delà
des soins:
pour des
politiques
de santé

Beyond
medical
care:
Policies
for health

Más allá de
la atención
sanitaria:
las políticas
de salud



Université de Montréal

Le congrès est parrainé par • The Conference is sponsored by •
El congreso es patrocinado:

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada /
Social Sciences and Humanities Research Council of Canada

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Agence canadienne de développement international /
Canadian International Development Agency

Santé Canada /
Health Canada

Merck Frosst Canada Inc.

Centre de recherches pour le développement international /
International Development Research Centre

Association canadienne de santé publique /
Canadian Public Health Association

Pan American Health Organization /
Organisation panaméricaine de santé

Clinidata

Ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie

Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche

Université de Montréal

Pfizer Canada Inc.

Astra Pharma Inc.

Conseil de recherches médicales du Canada /
Medical Research Council of Canada

Patrimoine canadien /
Canadian Heritage

Hoffmann-La Roche Limitée

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Janssen-Ortho Inc.

Conseil canadien d'agrément des services de santé /
Canadian Council on Health Services Accreditation

Collège des médecins du Québec

MERCI / THANK YOU / GRACIAS

Organisation du congrès
Conference organization • Organización del congreso

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH POLICY

BUREAU DE DIRECTION • EXECUTIVE BOARD • OFICINA DE LA DIRECCIÓN

Président • President • Presidente:

Sebastião Loureiro, Universidade federal da Bahia, Brasil

Vice-présidents • Vice-presidents • Vicepresidentes:

Hans-Ulrich Deppe, Universität Frankfurt, Deutschland

Marc Renaud, Université de Montréal, Canada

CONSEIL CONSULTATIF • ADVISORY COMMITTEE • CONSEJO CONSULTIVO

Giovanni Berlinguer, Università "La Sapienza" de Roma, Italia

Vicente Navarro, Johns Hopkins University, United States

Asa Cristina Laurell, Universidad Autónoma Metropolitana de México, México

Jaime Breill, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Ecuador

Mario Testa, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Sergio Arouca, Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil

Finn Diderichsen, Karolinska Institutet, Sveridge

COORDINATION RÉGIONALE • REGIONAL COORDINATION • COORDINACIÓN REGIONAL

Debabar Banerji, Asia

Rene Loewenson, Africa

Hans-Ulrich Deppe, Europe

Maria Urbaneja, South America



COMITÉ D'ORGANISATION DU 9^e CONGRÈS • ORGANIZING COMMITTEE OF THE 9th CONGRESS • COMITÉ ORGANIZADOR DEL 9^o CONGRESO

Président • President • Presidente:

Marc Renaud, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention,
Université de Montréal

Vice-présidents • Vice-presidents • Vicepresidentes:

Louise Bouchard, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention,
Université de Montréal
Gilles Dussault, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Membres • Members • Miembros:

Enis Baris, Centre de recherches pour le développement international
Jean-Pierre Bélanger, Association pour la santé publique du Québec
James B. Chauvin, Association canadienne de santé publique
André-Pierre Contandriopoulos, Département d'administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
Charles Godue, Organisation panaméricaine de la santé
Lise Gravel, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Margaret Hilson, Association canadienne de santé publique
Norbert Rodrigue, Conseil de la santé et du bien-être du Québec

Coordonnatrice • Coordinator • Coordinadora:

Madeleine Bergevin, Bureau de consultation et d'organisation de congrès,
Université de Montréal

COMITÉ SCIENTIFIQUE • SCIENTIFIC COMMITTEE • COMITÉ CIENTÍFICO

Renaldo N. Battista, Université McGill et Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, Canada
Louise Bouchard, Université de Montréal, Canada
Gilles Dussault, Université de Montréal, Canada
Finn Diderichsen, Karolinska Institutet, Sveridge
Pierre-Gerlier Forest, Université Laval, Canada
Sylvie Jutras, Université du Québec à Montréal, Canada
Asa Cristina Laurell, Universidad Autónoma Metropolitana de México, México
Vicente Navarro, Johns Hopkins University, United States
Marc Renaud, Université de Montréal, Canada
Julio Soto, Université de Montréal, Canada
Maria Urbaneja, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Venezuela
Hans-Ulrich Deppe, Universität Frankfurt, Deutschland
Deena White, Université de Montréal, Canada

**SECRÉTARIAT DU CONGRÈS • CONFERENCE SECRETARIAT • SECRETARIA DEL CONGRESO
9^e CONGRÈS DE L'INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH POLICY**

Bureau de consultation et d'organisation de congrès
Université de Montréal
Case postale 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7

Téléphone: (514) 343-6492

Télécopieur: (514) 343-6544

Courrier électronique: congres@ere.umontreal.ca



PRINTED IN CANADA

Table des matières - Table of Contents - Índice

Légende de codification des résumés Abstracts' Codification Legend Leyenda de la código de los resúmenes	III.ii
Plénières •Plenary •Pleno	V
Table ronde •Round Table •Mesa Redonda	IX
Ateliers •Workshops •Talleres	
Thème •Theme • Tema A	1
Thème •Theme • Tema B	29
Thème •Theme • Tema C	43
Thème •Theme • Tema D	58
Symposiums •Symposiums •Simposium	77
Affiches •Posters •Carteles	
Thème •Theme • Tema A	81
Thème •Theme • Tema B	99
Thème •Theme • Tema C	103
Thème •Theme • Tema D	110
Index des auteurs et des coauteurs Authors and Coauthors Index Autores y co-autores índice	119

Légende de codification des résumés
Abstracts' Codification Legend • **Leyenda de la código de los resúmenes**

Catégorie • Category • Categoriá	Code • Código	Description • Descripción
Plénières Plenaries Pleno	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>P1.2</div>	P = Plénière • Plenary • Pleno 1 = Numéro de la plénière • Plenary number • Número del pleno .2 = Numéro du résumé • Abstract Number • Número del resúmen
Table ronde Round Table Mesa redonda	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>TR.1</div>	TR = Table ronde • Round Table • Mesa redonda .1 = Numéro du résumé • Abstract Number • Número del resúmen
Ateliers Workshops Talleres	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>1A1</div>	1 = Jour • Day • Día * A = Thème • Topic • Tema 1 = Numéro du résumé • Abstract Number • Número del resúmen
Symposiums Simposium	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>S1.2</div>	S = Symposium • Simposio 1 = Numéro du symposium • Symposium Number • Número del simposio .2 = Numéro du résumé • Abstract Number • Número del resúmen
Affiches Posters Carteles	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>PA1</div>	P = Affiche • Poster • Cartel A = Thème • Topic • Tema 1 = Numéro du résumé • Abstract Number • Número del resúmen

* Jour • Day • Día :
 1 = Vendredi / Friday / Viernes
 2 = Samedi / Saturday / Sábado
 3 = Dimanche / Sunday / Domingo

PLÉNIÈRES

PLENARIES

PLENOS

P1.1

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN VENEZUELA: ACTUANDO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Jaén, María Helena. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela.

Bajo el entendido de que la salud está relacionada, entre otros factores, con el nivel de pobreza, las situación socioeconómica y de trabajo, la disponibilidad y accesibilidad a adecuadas condiciones nutricionales y saneamiento ambiental, y con la existencia y funcionamiento apropiado de servicios de salud, en esta exposición se analiza que está haciendo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) venezolano para impactar las condiciones de salud de la población, las cuales se caracterizan por un deterioro progresivo del perfil epidemiológico y por importantes desigualdades en salud y nutrición entre las diferentes entidades federales. El MSAS ha emprendido un proceso de reforma sectorial sustentada en una reestructuración del aparato institucional y de las políticas vigentes que regulan la prestación del servicio – con especial énfasis en una transformación del financiamiento del sector –, así como en un cambio político-administrativo orientado a la descentralización y transferencia de los servicios de salud hacia las gobernaciones de estado, manteniendo el nivel central la rectoría y regulación del sector. Se pretende así beneficiar a la población de menores recursos, especialmente en 11 estados, garantizándole servicios y programas de calidad, eficaces, eficientes y equitativos.

P1.2

BEYOND MEDICAL CARE: MAKING HEALTH SERVICES A TOOL FOR POLICIES FOR HEALTH

Sakellarides, Constantino, Ministério da Saúde, Portugal.

Health is to a great extent determined by the quality of man's relationship with its micro-environment, the existence of a "local space" to perform. Health services are part of our micro-environment. There are three fundamental ways that health services can contribute to a healthier micro-environment:

- Man's experience with health services can either convey negative messages of "hierarchy" in the role of providers and patients in health or alternatively reinforce a positive partnership or co-production mode centred in one's own "local space". From a cultural perspective this has been the most important and less well understood aspect of the "primary health care" concept. However it goes beyond primary health care. It has to do with easiness and equity in accessing care in general, including decisions about waiting lists, the quality of attendance and the management of complaints about the fulfilling of patients' rights.
- Public health infrastructures that can assist in developing an appropriate understanding of current knowledge on health determinants and can provide the networking capacity and the technical support to community based health initiatives and timely expert advice to policy makers are very necessary. A functional profile of such infrastructures can be described on the basis of selected elements of current experiences.
- Macro-economic policies in Europe (European Monetary Union in the West and "structural adjustments" in the East) and elsewhere as well, related to a large set of policy and managerial functions that performed at a macro level, where critical decisions concerning health and health care are taken in a manner that is non transparent and non tangible to man in his local space. The current debate about "health care reforms" can be revisited in his implications on the way man relates to his environment.

A more articulated Public Health view on health services is needed in policies for health.

P1.3

TOWARDS HEALTHY PUBLIC POLICY

Willis, Evan, La Trobe University, Australia

This papers considers some of the obstacles to the development of public policies that contribute to improving health. Many of these result from social processes of globalization. Using Australian examples, the implications are considered. These are producing a restricted focus on downstream individual behaviour and interventions in which some of the traditional lessons of public health and epidemiology are in danger of being lost. Acting on the growing knowledge about the non-medical determinants of health requires a focus on more appropriate upstream public policies concerned with whole populations.

P2.1

NON SOUMIS

P2.2

THE MARKET AND THE STATE: WHAT ARE THEIR RESPECTIVE ROLES IN THE REGULATION OF HEALTH CARE SYSTEMS?

De Pouvourville, Gérard. École Nationale de Santé Publique, France.

If we have to discuss the respective roles of state and markets in the organization of health care systems, then we first need to clarify what both terms mean, in terms of concepts and in terms of the reality they cover. Second, we need to have a discussion about the nature of health care delivery in terms of what are health care services. Three main issues must be discussed. First, health care services are extraordinarily heterogeneous, and we may need specific models for different subsectors of health care systems. Second, the basic assumption of asymmetry of information between professionals and patients must be revisited, because patients and payors have learnt to know, and because there also exist an asymmetry of information the other way around. Third, we have to question a production function of health for which health care is the main input. Once this clarification is made, then the respective roles of market and state can be reassessed.

P2.3

NON SOUMIS

P3.1

DESCENTRALIZACION. UNA PERSPECTIVA DESDE LA PERIFERIA

Feo, Oscar. Ministerio de Sanidad, Venezuela.

En los actuales momentos muchos países del mundo, y casi todos los América Latina están impulsando procesos de "Reforma del Sector Salud", los cuales contemplan como uno de sus componentes principales la Descentralización de los Servicios de Salud, entendida como transferencia de funciones y competencias a los niveles locales. Por otro lado, la organización de "Sistemas Locales de Salud" (SILOS), ha surgido como una estrategia para fortalecer los niveles locales de salud, acercando a la comunidad los procesos de administración y toma de decisiones sobre los servicios de salud. En general, hay por lo menos dos grandes interpretaciones y formas de desarrollar los procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud, la que proviene de los grandes organismos financieros vinculados al poder económico internacional, que plantean esos procesos de transferencia de competencia y funciones del nivel central a los niveles locales, como vías para descargar al estado de los costos y responsabilidades de la administración de privatización de esos servicios, transfiriéndolos al sector privado. Otra interpretación, que proviene de diversas organizaciones populares y comunitarias y de trabajadores progresistas de la salud, plantea a estos procesos como mecanismos para la democratización de los servicios de salud, negando la posibilidad de su privatización pero abriendo la posibilidad de una amplia participación comunitaria en la gestión de esos servicios locales. En esta ponencia, se discuten esas diversas modalidades e interpretaciones de los procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales interpretaciones de los procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud, analizando sus ventajas y desventajas y comentando experiencias desarrolladas en algunos países de América Latina. Así mismo, se discuten los roles asignados a los niveles central y local en la experiencia de descentralización en Venezuela.

P3.2

LES RAPPORTS CENTRAL / LOCAL : UN ÉQUILIBRE EN PERPÉTUELLE ÉVOLUTION

Lamarche, Paul A. Université Laval, Canada.

Il n'y a pas de rapport entre le central et le local dans l'organisation des services de santé. Il existe tout au plus une recherche continuelle d'un équilibre qui varie selon les objectifs visés et l'expérience passée. Dans la recherche de cet équilibre, le central considère que le local n'a pas toujours la capacité et la volonté de jouer complètement le rôle qu'il lui confie, ni d'assumer l'ultime responsabilité de ses décisions. Le local considère que le central conserve le pouvoir sur les principaux leviers d'action, l'empêchant ainsi de jouer complètement son rôle. La volonté des communautés locales d'exercer leurs préférences en matière de santé et de services de santé ainsi que la crise financière des instances centrales permettent d'entrevoir de nouveaux rapports et ce, au profit du local.

P3.3

HEALTH SERVICES DECENTRALIZATION: THE NEW ZEALAND EXPERIENCE

Malcolm, Laurence. University of Otago, New-Zealand.

New Zealand is widely recognized as having implemented one of the most radically reformed health systems of any developed country. The 1993 reforms established four regional health authorities (RHAs) responsible for the fully integrated purchasing of all government funded health and disability services for their defined populations. Services are purchased from a wide range of providers, primary and secondary, institutional and community, public and private and personal and public (population) health.

The new system, although still controversial, has integrated national policy making and funding at the national level, decentralized and integrated purchasing at the regional level and decentralized provision to the district or local operational level with integrating provider frameworks occurring within services, eg mental health, child health and primary health care. This decentralized structure based on national policy making, regional purchasing and local provision, could provide an international model for health services organization.

P4.1

NON SOUMIS

P4.2

"EMPOWERMENT" DES CONSOMMATEURS ET RÉGULATION DU SYSTÈME DE SOINS

Domenighetti, Gianfranco. Université de Genève et Dipartimento Opere Sociali (Bellinzona), Suisse.

Aujourd'hui les deux questions fondamentales auxquelles tout système sanitaire doit donner une réponse technique et éthiquement correcte, sont :

- comment maîtriser une demande de soins et de prestations potentiellement illimitée face à une limitation des ressources disponibles?
- quelle est la mesure et l'intensité de la relation existant entre ressources engagées et résultats obtenus en termes d'efficacité sanitaire pour les individus et les populations?

À ces deux questions "classiques", il faut en ajouter une troisième : quels autres facteurs au delà des "gains en santé" sont importants pour les usagers des services sanitaires?

Aujourd'hui nous sommes confrontés à une phase axée sur des politiques de rationnement implicite ou explicite des soins, qui semble requérir un changement culturel auprès des populations fondé sur la promotion et la pratique de la "Evidence Based Medicine". Toutefois l'on ne devra pas oublier de considérer que la consommation et la prescription médico-sanitaires visent dans une large mesure des objectifs liés plus à la "minimisation du regret" qu'à la "maximisation des bénéfices" sanitaires. De là l'importance de retenir prioritaires aussi des facteurs tels que l'information, la qualité de la relation, le besoin de réassurance, les possibilités de choix et les options, le confort, la liberté, l'autonomie et la dignité de l'individu.

P4.3

REPRODUCTIVE HEALTH, REPRODUCTIVE RIGHTS AND HEALTH POLICY

Sadik, Nafis, Trone, Kerstin. UNFPA, United States.

The International Conference on Population and Development (ICPD) has profound implications for health policy. The Programme of Action emanating from this Conference gives attention to specific groups and programme areas that must be addressed in health policies in order to ensure the attainment of sustainable development and improvement in the quality of life. The Programme of Action moves health policy forward beyond maternal, child health and family planning programmes (MCH/FP) to the concept of reproductive health (RH) and the needs of individuals and couples to protect their reproductive and sexual health. As the Programme of Action points out 'The promotion of the responsible exercise of these rights for all people should be the fundamental basis for government-and-community-supported policies and programmes in the area of RH, including family planning and sexual health. As part of their commitment, full attention should be given to the promotion of mutually respectful and equitable gender relations and particularly to meeting the educational and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality'. In the light of the ICPD therefore, health policies need to be revised to encompass the following objectives outlined in the ICPD Programme of Action: (i) to ensure that comprehensive and factual information and a full range of RH-care services, including family planning, are accessible, affordable, acceptable and convenient to all users; (ii) to enable and support responsible and voluntary decisions about childbearing and methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law and to have the information, education and means to do so; (iii) to meet changing RH needs over the life cycle and to do so in ways sensitive to the diversity of circumstances of local communities. The primary health care system will be the vehicle for the extension of accessible, affordable, acceptable services and should be strengthened. The quality of service offered will depend on the development of adequate referral systems, appropriate linkages between service components or RH, appropriate integration of service components as well as improved information and counseling of clients. The policy making process should be adjusted to ensure the inclusion of women and adolescents in the design, implementation, monitoring and evaluation of RH services and Governments and other organizations should take positive steps to include women at all levels of the health-care system.

P5.1

NON SOUMIS

P5.2

THE EFFECTS OF INTERNATIONAL RELATIONS ON HEALTH AND SOCIAL POLICIES

Adeyi, Olusoji. The World Bank, United States.

The development of major health and social policies is rarely neutral to international relations. This paper explores the various dimensions of the impact of international relations on health and social policies, with examples from Africa and the formerly socialist economies of Europe.

Within each country, the most important factors are the capacity to define and to lead the policy formulation process; the particular combination of local political and economic circumstances; and the technical contents of the policy in question. The impact of international relations – international aid, economic integration, market globalization – is influenced by historical relationships among the nations or groups of nations in question; the level of commitment required to exert effective leverage on a given host country; and the extent to which the host country perceives external relations to be relevant to the policy in question.

The effects of international relations on the development of health and social policies depend upon the particular combination of events within a given country and the nature of external influences. Specific technical issues tend to be less significant.

P5.3

HEALTH, SOCIAL WELFARE AND AID - WHAT LIES AHEAD?

Wilson, Richard. Ex-coordinator of COHRED, France.

Nations, new and old, are struggling to maintain their cultural, social and economic identities and independence. At the same time external financial, economic and political pressures are compelling nations to change their social welfare policies. Common examples are changes in "human rights" policies tied to external aid or trading status; and external debt pressures resulting in changes in health care financing. However deficits in "rich" countries, usually caused by exploiting social welfare expenditures in for example, the European Community, also result in outside pressure for policy changes. At the same time, multinational corporations in the pharmaceutical and health care sectors are striving to control ever increasing shares of their markets in both the "rich" and the "poor" countries and push "for profit" in social welfare policies. The Global Economy will force nations to make difficult choices in respect to the scope of the social welfare available to their peoples. And they must make these choices in the face of an aging population.

TABLE RONDE
ROUND TABLE
MESA REDONDA

TR.1

INVESTING IN HEALTH IS PRIMARILY A POLITICAL DECISION

Deppe, Hans-Ulrich. Universität Frankfurt, Germany.

Health promotion and health care cannot be isolated from social processes and structures. Sickness often is rooted with social poverty, special working conditions, problems of nutrition and ecological dimensions. Already Rudolf Virchow wrote 150 years ago: "Medicine is a social science and policy is medicine in a general sense." For that reason the society's reaction of developing social policy and health policy is not an either-or but an as-as. What we need is both. To see more clearly what that means we need some orienting notes:

- In general, the financial funds for social and medical dimensions in health must be raised and indeed, this must be done worldwide. This is primarily a political decision. The end of the "cold war" opens up possibilities to redistribute financial resources.
- It is necessary to invest simultaneously in the social and medical dimensions of health – but how can this be done? Simultaneous investment does not mean that the same amount must be invested into these dimensions. And if we do so we will go on to administrate existing lacks or we will stabilize a coexistence of lacks and luxury. It is necessary to invest predominantly in those areas where the health risks are most serious.
- The question of investing in health is not only a question of quantity but also of quality.
- The regulation of investments cannot be reduced only to an economic rationality – especially not on market economy. The wrong regulation of the social and medical dimension of health by commercialization must be avoided and abolished.
- The investment in social and medical dimensions has to consider social equity and social justice.
- Large sums of money are invested in technological medicine. We speak about a "technological overkill" in medical diagnostics which have only few impact on therapy. Those absorbed financial resources must be redistributed to develop psychosocial medicine and health promotion.

TR.2

NON SOUMIS

TR.3

ELEMENTS FOR THE ADVANCE IN THE SOCIAL AND MEDICAL DIMENSIONS OF SERVICES, EDUCATION AND INVESTIGATION IN HEALTH

Franco, Saúl. Instituto Nacional de Salud, Colombia.

The answer to the question: How to invest simultaneously in the social and medical dimensions of health?, is conditioned by both the diversity of situations in health, and the different fields in which work is intended. For this particular case, the answer refers to three specific areas: that of policies and actions, the one dealing with education, and the one related to investigation in health. It also refers to those situations in health which are globally known as characteristic of the so-called Third World. That is to say: epidemiologic accumulation, small overall coverage and poor quality of the health services, the great prevalence of the medical aspects, and the rich diversity of knowledges and practices. In the field of policies and actions, the simultaneous advance in the two areas mentioned can be achieved by means of a deeper work in socially pre-eminent problems, approaching such work from the several different elements involved. An illustrative case: the struggle against violence, the main actual public health problem in countries such as Colombia, implies a considerable amount of different types of actions. These range from adequate emergency services and information systems to the support of activities against the accumulated inequity and impunity, also involving specific preventive campaigns and the diffusion of positive values such as tolerance. In the field of education, at both the professional and the technical levels, the simultaneous social-medical advance requires the establishment of an appropriate balance within a number of related aspects: the bio-social rationality of health, the quantitative and qualitative methodology, the curative and promotional objectives, the clinical and educational abilities, and the collective and individual attitudes. Finally, in the field of investigation in health, the bio-medical prevalence is of such magnitude, that before considering the idea of a simultaneous advance, a massive investment in the social front is required. This involves bringing up a number of new or so far underestimated issues: attaining, by a rigorous and systematic management, the scientific character of social investigation in health; and demonstrating the social usefulness of the obtained knowledge. According to the degree to which these objectives can be fulfilled, the possibility appears of a kind of dialogue between the two knowledges, and of complementary investigations which may offer better solutions to the complex problems of health.

TR.4

THE PLACE OF HEALTH POLICY IN A PROJECT TO CONFRONT THE LATIN AMERICAN SOCIAL CRISIS.

Laurell, Asa Cristina, Autonomous Metropolitan University, Mexico.

The dominant health policy discourse in Latin America, that corresponds to the neoliberal project, has shifted from coverage and equality to cost-efficiency, retrenchment of public health institutions and promotion of the private sector. Although this discourse formally recognizes the role of social processes in the production of health and disease, the severe social crisis caused by neoliberal structural adjustment programs is omitted. An alternate health policy, conceived as an instrument to confront this social crisis, similarly, has to be structured in the frame of a global project that emphasizes social priorities and the satisfaction of human needs. This implies a perspective, based on an analysis of the complex interrelations between economical and social processes, that has at its center an integral social policy that comprises specific health and medical actions in the quest for social welfare.

NON SOUMIS

ATELIERS / WORKSHOPS / TALLERES

THÈME / THEME / TEMA

A

Environnement social et santé

Social Environment and Health

Entorno social y salud

COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO Y CONDICIONANTES ACTUALES DE SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO.

Carlos García Molina; García, C.; Arias, MM., UNAM-Instituto Nacional de Salud Pública. MEXICO.

Se buscó identificar grupos de alto riesgo que tienen que ver con el comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil, asociados a la manera como perciben la salud-enfermedad, el papel social que juegan los servicios de salud y la medicina tradicional (parteras) para un mejor diseño de programas de prevención y atención de alcance nacional que tengan en cuenta las especificidades regionales y por esa vía acelerar las condiciones favorables al descenso de la fecundidad.

La base de datos consta de alrededor de 1300 mujeres en dos Municipios del Estado de Morelos a las cuales se les aplicó un cuestionario sobre su situación pre y posparto. Aunque los partos fueron atendidos por médicos en un porcentaje similar al nacional (68%), la atención por parte de la partera es mas de el doble (28 frente a 13 %). Se identificaron factores de riesgos asociados a: el conocimiento y conductas de la embarazada; el proceso de atención de las parteras; la velocidad reproductiva; los patrones en la utilización de los servicios de salud sesgados hacia prácticas tradicionales; los estratos socio-económicos y antecedentes gineco-obstétricos que deben ser tenidos en cuenta si realmente se quiere mejorar las condiciones en salud reproductiva de la mujer mexicana.

THE INVESTIGATION AND PROSECUTION OF WOMEN FOR ILLEGAL ABORTIONS: A CASE STUDY FROM CHILE.

Lidia Casas, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (FASDR), Chile
Kathy Albisa y Yamila Azize, Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), New York

A substantial number of women seek and obtain abortions throughout the Latin American and the Caribbean region, even though abortion is largely illegal in most of these countries. Due to the criminalization of abortion, there is widespread lack of access to safe abortion services and a high prevalence of medical complications. The Alan Guttmacher Institute has estimated that in Latin American and the Caribbean, 800,000 women are hospitalized each year as a result of the complications of unsafe abortion. Therefore the availability and quality of health services for medical complications due to unsafe abortions has emerged as a matter of exceptional importance for public health. Moreover, the criminalization of abortion also impairs access to quality health care for complications from unsafe abortions, particularly when it operates so as to interfere directly with the doctor patient relationship. In Chile, a project sponsored by the FASDR and the CRLP has revised the files of more than 70 women criminally investigated and/or prosecuted for illegal abortion. This research indicates that there are significant health consequences related to prosecution, many of which are exacerbated when prosecution is due to reporting by health professionals who are confronted with confusing bioethical conflicts between their medical obligations and the real or perceived obligations imposed by the law.

INDUCED ABORTION: GENDER AND SPECIALIZATION IN BRAZILIAN PHYSICIANS' VIEWS

Giffin, Karen. Fundação Oswaldo Cruz, Brazil.

Although the use of modern contraceptive methods is common in Brazil, local and national studies suggest that (illegal) induced abortion is also a widely-used method of fertility control. Since public services offer very little in terms of contraceptive methods, social differences in the quality of fertility control are extreme. This study aimed at researching the views and practices of physicians who work in Rio de Janeiro's public hospitals. In-depth interviews were conducted with 151 physicians in four large public hospitals. This sample was stratified by gender and by three medical specialities. While views and practices vary considerably according to speciality, there are virtually no gender differences within each speciality. One third of the sample declared having used abortion in their own private lives, in the case of unwanted pregnancies. These results indicate that information on fertility control and access to modern contraceptives does not preclude recourse to induced abortion.

LA CALIDAD DE LA ATENCION AL PARTO DESDE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Lourdes Pérez Rosiles. Univ. Veracruzana, México.

Maria Luz Márquez Barradas. Univ. Veracruzana, México.

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen un problema de salud pública en los países en desarrollo. El personal de salud esta capacitado técnicamente para atender el proceso reproductivo, pero persiste un vacío en la atención en el aspecto psicosocial de la salud. El psicólogo de la salud con sus herramientas técnicas y metodológicas puede cubrir ese vacío en la atención a las mujeres en edad reproductiva o en el proceso mismo del parto.

El presente trabajo fundamenta la propuesta y ofrece datos sobre la actuación y actitudes del personal de salud en un hospital gineco-obstetra.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PARTO: EL COMPORTAMIENTO DE LAS MUJERES.

Maria Luz Márquez Barradas. Univ. Veracruzana, México.
Lourdes Pérez Rosiles. Univ. Veracruzana, México.

La mujer cultural y socialmente ha ido conformando una manera de concebir y comportarse durante el proceso del parto.

Por su parte, el discurso tradicional sobre educación en salud exige que las mujeres se responsabilicen de sus embarazos, pero no queda explícito que es lo que se les pide durante el parto, para que este llegue a buen término.

El psicólogo de la salud, con sus herramientas teóricas y metodológicas puede complementar los aspectos de educación para la salud así como la atención al parto y elevar la calidad de la misma.

El presente trabajo contempla datos de un estudio en atención al parto donde el centro de atención es el comportamiento de las mujeres.

L'INTRODUCTION DES SAGES-FEMMES AU CANADA: POURQUOI LE QUÉBEC A-T-IL CHOISI D'EXPÉRIMENTER TANDIS QUE L'ONTARIO LÉGALISAIT ?

Vadeboncoeur, Hélène, Université de Montréal, Canada
Maheux, B., Blais, R., Université de Montréal, Canada

Durant les années 80, un mouvement en faveur de la légalisation de la profession de sage-femme a vu le jour au Canada. Plusieurs gouvernements provinciaux ont estimé que l'introduction de cette professionnelle de la santé en périnatalité pouvait non seulement contribuer à réduire les coûts mais améliorer les services reliés à la maternité. Notre étude exploratoire comparative vise à examiner pourquoi le Québec a choisi, en 1990, d'expérimenter la pratique des sages-femmes plutôt que de la légaliser, comme l'Ontario en 1991. Neuf acteurs-clés québécois et ontariens furent interviewés: sages-femmes, médecins, usagers et acteurs gouvernementaux. L'analyse qualitative révèle que plusieurs facteurs ont pu jouer: un gouvernement influencé au Québec par un pouvoir médical plus fort, une division persistante entre les associations de sages-femmes québécoises, un lobbying moins efficace des usagers québécois, sans oublier le contexte ontarien de refonte globale de la loi des professions du domaine de la santé. Ces résultats peuvent aider à comprendre les forces à l'oeuvre dans l'émergence d'une politique publique dans le domaine de la santé, soit la reconnaissance d'une profession.

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN CATALUÑA (ESPAÑA). ESCA 1994.

Segura, Andreu. Fernández, Esteve. Badia, Xavier y el grupo de trabajo ESCA. Institut de Salut Pública (ISP) y Servei Català de la Salut (SCS). Barcelona. España.

Con el propósito de obtener información complementaria para la revisión del Plan de Salud de Cataluña, se ha llevado a cabo una encuesta de salud por entrevista (ESCA) a una muestra representativa de 15000 personas residentes en Cataluña, cuya población total es de unos seis millones de personas. Uno de los principales objetivos del estudio es el análisis de las diferencias en la percepción de la salud según distintas medidas de clase social. La percepción del estado de salud es sistemáticamente mejor por parte de las personas de los estratos sociales más favorecidos, ya se mida a partir de la autclasificación en cinco clases (alta; media-alta; media, media-baja y baja) mediante la clasificación social según ocupación de la persona principal de la familia (clases I a V), según el nivel de estudios o la renta familiar. Esta situación es similar cuando la salud se mide según percepción subjetiva; escala analógica visual o atendiendo a cada una de las cinco dimensiones del indicador Euroqol. Se discuten las ventajas y los inconvenientes del uso de una u otra variable de clase social en las encuestas de salud atendiendo a su capacidad de discriminación, a la correlación con las variables del estado de salud y a otras de la ESCA y a la facilidad y sencillez de la recogida y el análisis de los datos. El uso de la variable clase social percibida puede ser recomendado en sociedades como la catalana.

LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET LA SANTÉ PERSPECTIVES QUÉBÉCOISES

Colin, Christine
Moffet, Suzanne
 Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Canada

La question des inégalités de santé engendrées par les inégalités sociales est très complexe et exige des actions continues sur plusieurs fronts à la fois afin d'en réduire l'ampleur au sein de la population et également de rendre accessible une meilleure qualité de vie aux personnes et groupes vulnérables.

Après avoir fait un portrait de la situation québécoise, les auteurs dégagent différentes stratégies visant à diminuer l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être et à engager l'action intersectorielle en faveur des plus démunis.

Malgré les défis énormes qui confrontent l'État québécois et ses partenaires actuellement, nous disposons d'importantes clefs pour améliorer la santé et le bien-être de la population même pour les personnes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté.

STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ AU QUÉBEC : ANALYSE DU GRADIENT À PARTIR DE NOUVEAUX INDICATEURS DE REVENU

Ferland, Marc, Paquette, G., Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Région de Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Canada.

Depuis plus de vingt ans, une constante se dégage de plusieurs recherches sur la santé des québécois et des québécoises : celle de persistance d'écarts importants en matière de santé et de bien-être entre les mieux nantis et les plus démunis. L'Enquête Sociale et de Santé réalisée au Québec en 1992-1993 auprès de 38 848 individus nous a permis d'examiner cette relation sous un angle nouveau. Notre étude comportait deux objectifs. Le premier visait à améliorer la façon de mesurer le statut socio-économique dans le cadre d'une enquête populationnelle en proposant quatre nouveaux indicateurs. Le second visait à vérifier la présence d'une association avec deux variables de santé (la santé perçue et la détresse psychologique) et si tel était le cas, d'en spécifier la nature c'est-à-dire si elle n'affecte que les personnes très défavorisées ou si cette relation est progressive à tous les niveaux de la hiérarchie sociale. Dans ce dernier cas on parlera de gradients sociaux de santé plutôt que d'écarts de santé en riches et pauvres. L'interprétation s'est faite au moyen d'analyses multivariées (régressions logistiques) qui avaient pour but de contrôler l'effet de variables potentiellement confondantes. Les résultats ont montré une association sous forme de gradient pour certaines variables socio-économiques après avoir contrôlé l'effet de facteurs socio-démographiques et de facteurs de risque ou de protection.

TO WHAT EXTENT DO INEQUALITIES IN THE DISTRIBUTION OF INCOME ACCOUNT FOR VARIATIONS IN POPULATION HEALTH AMONG RICH INDUSTRIAL NATIONS?

Judge, Ken, Mulligan, J, King's Fund Policy Institute, United Kingdom.

It has been suggested in a large number of studies that inequalities in the distribution of income within rich countries may be an important cause of variations in indicators of population health between nations. The first aim of this paper is to present the results of a systematic review of the English language literature on this topic that will illustrate the many methodological weaknesses in existing studies that undermine their results. The second aim is to present empirical estimates of the relationship between different measures of income distribution obtained from the Luxembourg Income Study and indicators of population health such as infant mortality, years of potential life lost and average life expectancy taken from the OECD database. The results show that while income inequality may contribute to explaining international variations in mortality rates its significance has been exaggerated. These findings are contrasted with others that show a much stronger association between income distribution and the extent of health inequalities in different countries.

ESTRUCTURA SOCIAL Y DISTRIBUCION DE ENFERME- DADES.

Araujo, Rafael; Fernández, Félix. Escuela de Medicina ICBPVG. La Habana. Cuba.

El estudio de la determinación de la enfermedad ha puesto de manifiesto en los últimos tiempos un incremento significativo de la consideración del papel de los factores psicológicos y sociales en la determinación de la salud del hombre. Para su precisión se realizó un análisis a través de la Base de Datos MEDLINE en el periodo de Enero/93 - Septiembre/95, en el cual se encontró un aumento en la utilización de indicadores psicosociales determinantes del proceso salud-enfermedad frente a los biológicos tradicionales. Llama la atención como este resultado parte de revistas importantes en el terreno médico que tradicionalmente tenían un enfoque biológico tales como JAMA, Lancet, etc. En contraste con esta tendencia, los sistemas de información sanitarios nacionales e internacionales existentes toman en sus estadísticas diferencias de morbi-mortalidad por grupos (hombres, mujeres, grupos étnicos, grupos de población, etc.) que tienen un carácter de diferenciación biológico o natural y no social. Se impone una reconsideración del carácter de los determinantes así como de la diferenciación por grupos en las estadísticas sanitarias a partir de su determinación psico-social para poder influir de manera más efectiva sobre la salud-enfermedad de nuestros pueblos.

MIGRATION INTERNE, MORBIDITÉ RESENTIE et CONSOMMATION DE SOINS Cesar C.L.G. & Macedo J.N.

La suppression des obstacles à l'accessibilité de la population aux services de santé était l'un des principaux objectifs de la Réforme Sanitaire au Brésil. Ces obstacles sont de fait d'attitudes ou de comportements très particuliers de groupes spécifiques. Alors l'identification des déterminants de l'utilisation des services de santé, constituent un élément important pour la planification de soins de santé.

Dans la littérature on trouve plusieurs modèles d'explication de l'utilisations de soins de santé, dont, les facteurs de prédisposition (caractéristique démographiques, structure sociale et croyances); les facteurs de capacité (ressources individuelles, ressources de la communauté) et le niveau de la maladie (perçu et évalué) prennent un rôle très important pour l'explication des comportements auprès de différents groupes. Les immigrants constituent un groupe vulnérable, en raison des caractéristiques comme séparation de la famille et communauté, difficulté financière, méconnaissance des services disponibles, l'acculturation, etc.,.

Notre étude porte sur la morbidité ressentie et la consommation des services de santé chez les personnes provenant de la région Nord-est du pays, qui habitent depuis 5 ans dans une région métropolitaine à São Paulo. Il fait partie d'une étude majeure sur la morbidité. Après l'échantillonnage des ménages, la cueillette d'information s'est faite sur 6 vagues par entrevues directes entre juin 1989 à juin 1990, pour tenir compte de la saisonnalité. On a recensé 10.199 personnes de tous âges, parmi ces-ci 43,2% sont nées dehors la micro-région et de ces-ci 25,2% provient du Nord-est. Variables comme scolarité, revenu, taille de la famille, type de morbidité etc. sont analysées.

Les inégalités d'accès, les éléments psycho-sociaux semblent jouer un rôle important pour ce groupe défavorisé, ce qui demande de réexaminer le mécanisme d'allocation de ressources et les stratégies d'intervention. Il est nécessaire de raffiner certains points de cette étude, mais, un nombre de piste sont déjà ouvert.

ÉVALUATION D'UN PROJET DE PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE EN MILIEU DE PAUVRETÉ.

Panet-Raymond Jean, Bilodeau Angèle, Filion Gilbert, Martin Catherine, Labrie Louise. Département de Service social, Université de Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale Montréal-Centre.

En vue de démontrer la pertinence et la faisabilité d'une approche de développement communautaire pour la promotion de la santé cardio-vasculaire en milieu de pauvreté, deux études de cas ont été réalisées de 1991 à 1994 dans un quartier défavorisé de l'est de Montréal. L'évaluation porte sur l'observation systématique de la communauté-cible et de la stratégie d'intervention. L'analyse ne permet pas de valider le développement communautaire comme stratégie de promotion de la santé cardio-vasculaire en milieu de pauvreté. L'approche du projet correspond davantage à la mobilisation communautaire autour de facteurs de risque psychosociaux et comportementaux qu'au développement communautaire, réduisant ainsi la possibilité de mailler les forces locales autour de problématiques partagées. Par ailleurs, l'étude montre que le recours à l'éducation populaire comme base pédagogique de l'intervention en petits groupes a favorisé la participation des citoyens de statut socioéconomique défavorisé. Cette approche offre du soutien et des opportunités de réduire l'isolement, d'améliorer le degré d'estime et d'affirmation de soi et de susciter des apprentissages dans un contexte sécurisant. Cette approche s'est également montrée pertinente pour soutenir le développement de projets.

HABITOS ALIMENTARIOS Y CONDICIONES DE VIDA EN FAMILIAS DE UNA COMUNIDAD RURAL DE YUCATAN, MEXICO.

Judith, Ortega- Canto, Hoil, J., Lendecky, A. Universidad Autonoma de Yucatán, México.

Se pretende mostrar la relación entre indicadores socio-culturales respecto a la alimentación y condiciones de vida. La dimensión cualitativa fue enfocada con la historia alimentaria y la cuantitativa con la frecuencia de alimentos y una ficha socio-económica, esto en una muestra de 77 familias representativas de un municipio henequenero de Yucatán, México. Se hizo una caracterización socio-económica y cultural de las familias predominantes y se identificaron los tipos de hábitos alimentarios para cada tipo de familia. Predominaron 2 tipos, el tipo I que conforma el 82% de las familias y cuyo estilo de vida guarda semejanzas importantes con patrones tradicionales de vida del yucateco del área rural henequenera y el tipo II constituido por el 18% de las familias con estilo de vida mas urbanizada y por lo tanto alejada de las ocupaciones tradicionales (milpa, henequén, pesca), así como la casa, vestido, lengua y tradiciones en general. Se pudo constatar que las familias mas apegadas a patrones tradicionales de vida presentaron menor acceso a la variedad en la dieta y por lo tanto hábitos que pueden fungir como factor predisponente a enfermedades carenciales. La familia con características urbanizadas, aunque presentaron hábitos que corresponden a un acceso mas amplio y variado, consideramos que no necesariamente la dieta puede considerarse como la mas apropiada por la variedad de alimentos chatarra y la pérdida de cierta cultura alimentaria.

ALCOOL ET TABAC : DESHABITUDE OU DES HABITUDES À TRAVERS 2 ENQUÊTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Trugeon, Alain, Rapp, P, O.R.S. de Picardie, France

Les observatoires régionaux de la santé se trouvent dans chaque région au point de rencontre de multiples informateurs sur l'état de santé de la population et sur le système de santé. Leur caractère généraliste et leur proximité de terrain leur permettent d'éclairer les décideurs sur les problèmes de santé rencontrés au niveau d'une région ou d'autres unités infra-régionales. Les médecins libéraux détiennent une quantité d'informations qui fait d'eux une des premières sources d'information dans le domaine de la santé publique. C'est dans ce contexte général qu'ont été réalisées deux enquêtes menées auprès de patients vus en consultation par des médecins généralistes à un peu plus de 3 ans d'intervalle (décembre 1990, mars 1994). Ces recueils fournissaient des informations sur chacun des 8 000 patients par une double déclaration : celle du patient et celle de son praticien. L'objectif de la communication tantôt est double : * montrer qu'il est possible de mettre un réseau en sommeil tout en pouvant le réveiller à un instant donné ; * évaluer les différences en quelques années autour d'échantillons appariés sur une région française. Ces différences portent essentiellement sur les consommations d'alcool et de tabac et leurs effets auprès de la population de patients vus en consultation. Cela est d'autant plus intéressant qu'entre ces deux enquêtes une batterie de moyens (économique, législatif, informatif, répressif) a été mise en place. Les résultats les plus marquants montrent que la consommation d'alcool décroît assez régulièrement (deshabitude) et celle du tabac se maintient voire augmente pour certaines catégories de la population (des habitudes). Enfin il faut souligner en terme de conclusion que ces enquêtes ont aussi permis à travers diverses actions de formation une sensibilisation des généralistes à des sujets qu'ils pensent souvent ne pas les concerner.

THE INFLUENCE OF SOCIAL ENVIRONMENT ON ALCOHOL CONSUMPTION: DOES SOCIAL PROXIMITY CAUSE SIMILARITY IN DRINKING BEHAVIOURS?

Demers, Andrée, U. of Montréal, Canada.

Alcohol use is learned and, in most situations, embedded in social relationships. Studies in the field of social psychology have extensively demonstrated the process of social influence, through peer and family modelling or social learning, involved in the structuration of the individual behaviours. Thus, social interactions appear as a key concept for understanding individual drinking behaviour and heavy drinking. The main hypothesis in the alcohol research field, on which the WHO policy and strategy concerning alcohol consumption reduction are partially founded, is that *interaction causes similarity*. On the other hand, not everyone influences everyone else; influence is by far a more socially selective process. Social network studies have shown that some relations are more influential than others. The occurrence of influence between two actors is associated with their social proximity. In other words, *similarity causes similarity*. This paper will test this similarity hypothesis according to drinking behaviour. Data come from a telephone survey carried out in April 1993 with a random sample of the Metropolitan Montreal (Quebec, Canada) adult population (n=2015). Up to five social drinking relationships were investigated for each respondent, according to both the characteristics of drinking partners involved (nature of the relationship and socio-demographic similarities of the respondent and the partner) and the respondent's and partner alcohol consumption in the last occasion where they drank together. Logistic regressions will be performed, controlling for age and gender, to study the relationship between the similarity in the alcohol consumption and the drinking context.

MORBIDITE AUTO-DECLAREE ET INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) CHEZ UNE POPULATION BELGE DE 45 ANS ET PLUS

Cartier, Paul, De Prins, L., Devos, M., Gosset, C., Heyerick, P., Reginster-Haneuse, G., De Maeseneer, J., U. Liège, U. Gent, Belgique

L'objectif de cette présentation est d'analyser la morbidité chronique auto-déclarée par un échantillon de 4800 personnes et de la mettre en relation avec leur Indice de Masse Corporelle (IMC).

L'échantillon étudié concerne des personnes de 45 ans et plus, habitant dans deux régions belges de régime linguistique différent. Il a été stratifié en fonction de l'âge, du sexe et de l'affiliation aux deux grands organismes assureurs belges. Les données ont été recueillies lors d'une enquête de santé par interview qui a été menée en 1995.

Les personnes interrogées étaient invitées à révéler spontanément leurs plaintes, symptômes ou maladies chroniques. Cette déclaration spontanée a ensuite été complétée grâce à la lecture d'une liste d'une trentaine de diagnostics. C'est grâce à la classification internationale des soins primaires (CISP) que la morbidité auto-révélee a été codée.

Le nombre de symptômes, plaintes ou maladies augmente chez les personnes atteintes de surpoids ($IMC \geq 27$) et s'est avéré très élevé chez les obèses ($IMC \geq 30$). Avec l'IMC, on voit augmenter des états morbides comme les rhumatismes, l'hypertension artérielle, le diabète et l'ostéoporose, mais aucune différence ne s'observe avec la pathologie de la colonne, les troubles anxieux ou dépressifs, ni avec les dyslipidémies.

CONDICIONES DE SALUD BUCAL EN EL AMAZONAS VENEZOLANO

Malavé, Moravia. Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

Los estudios realizados en relación con las condiciones de salud bucal de los habitantes del Amazonas venezolano, asumen características importantes al observar que sus resultados arrojan cifras superiores a los promedios nacionales en torno a estas patologías específicas. Esta situación permite detectar las deficiencias en las políticas del área, orientadas hacia estos grupos poblacionales, ilustrándonos también sobre la estrecha relación existente entre la condición socio-económica y cultural de este colectivo y los problemas bio-patológicos inherentes a la calidad bucal. El trabajo que presentamos a este importante evento es producto de la experiencia que durante trece (13) años ininterrumpidos ha venido desarrollando la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela en el marco del «Proyecto Amazonas», cuyo objetivo central ha sido el logro de una acción multidisciplinaria que teniendo como eje la participación comunitaria permita a través del esfuerzo conjunto la consecución de condiciones de salud y vida dignas de una población tradicionalmente olvidada por el Estado Venezolano.

MEDICALIZACION DE LA VEJEZ: PELIGRO EVITABLE.

Dr. Jorge Aldereguia Henriques (Ph.D). UNIVERSIDAD DE LA HABANA

La regularidad demográfica mundial de la tendencia al envejecimiento de la población plantea a las políticas de salud y sanitarias evitar los peligros inherentes a la medicalización de la tercera edad, no sólo ya por sus costos elevados sino también por los problemas humanos, médicos y éticos asociados. El análisis teórico conceptual del problema es de la primera importancia. Es posible lograr vitalidad, bienestar y desempeño positivo en la vejez con políticas saludables que se inician desde la infancia y continúan a lo largo de la vida. El proceso salud-enfermedad en la tercera edad, requiere de consideraciones particulares y dinámicas en la relación de lo normal y lo patológico. La inevitable involución de estructuras y funciones del organismo humano con el tiempo no es sinónimo de enfermedad crónica degenerativa. El indiscutible lugar de la medicina en la atención de los problemas de la vejez no rivaliza con el protagonismo de la preocupación y ocupación de toda la colectividad social.

LE RÔLE DE L'HABITAT DANS L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES

David, Hélène, Renaud F. et Amiel M., Université de Montréal, Société d'habitation du Québec et Université du Québec à Montréal, CANADA

La communication présentera les fondements d'une recherche dont l'objectif principal vise à comprendre comment les caractéristiques de l'habitat, incluant le logement et son environnement spatial, modulent les effets des caractéristiques individuelles sur l'intégration sociale des personnes âgées. Pour ces dernières, le logement et l'environnement résidentiel auront une importance croissante à cause, entre autres, des politiques de maintien à domicile, du virage ambulatoire et de la réduction prévue des taux d'institutionnalisation. L'étude portera sur une partie de territoire d'une banlieue montréalaise, Laval, où le vieillissement démographique commence à s'accélérer. Afin de mettre en relation les conduites personnelles avec les éléments de l'habitat urbain, trois types de données seront recueillies au moyen (1) d'entrevues auprès d'environ 650 personnes de 55 ans, (2) d'informations objectives sur le logement habité et son voisinage immédiat et (3) de relevés des caractéristiques de la configuration urbanistique des quartiers étudiés. La recherche tentera de cerner la complexité du rapport entre l'espace et la sociabilité et apportera un éclairage inédit sur cette problématique de banlieue à un moment où le vieillissement de ces villes s'amplifie particulièrement en Amérique du Nord.

LA CONTRIBUTION FAMILIALE À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Martin, Claude. École Nationale de la Santé Publique (Rennes), France.

La dépendance des personnes âgées est considérée comme un nouveau risque auquel doivent faire face les systèmes de protection sociale. Elle bouleverse cependant les catégories selon lesquelles ont été élaborés ces systèmes, dans la mesure où sont posés à la fois des problèmes de handicap, de santé, de conditions sociales, d'isolement, etc. De plus, la dépendance révèle nettement la mixité du système de prise en charge : contribution de l'État, des collectivités locales, mais aussi rôle des bénévoles et surtout des familles. Dans cette communication, nous proposons, à l'appui d'un bilan comparatif de la littérature scientifique et des systèmes de prise en charge dans sept pays (Angleterre, Allemagne, France, Italie, Suède, États-Unis, Canada), de mettre en évidence la nature et l'importance de cette contribution familiale à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, et les référentiels des politiques publiques qui ont été élaborées pour répondre à ce nouveau risque. Nous montrerons ainsi ce que sont les principaux modèles ou régimes de prise en charge possibles : modèle domestique, modèle du *case management*, modèle assurantiel, modèle du *Welfare Mix*.

INTER-GENERATIVE SUPPORT AND CARE AS A HEALTH RESOURCE OF ELDERLY

Kuhlmei, Adelheid, Niehoff, J.-U., Universitätsklinikum Charité, Germany.

Background: Aging is one of the most positive consequences of the decline of mortality. In result of that many countries are facing a tremendous increase of the need for social services and health services as well. The need for medical services, social support and permanent care influences the whole infrastructure of recent societies. While only 5% of the 60 up to 80 years old are in need of care, that proportion increases up to 20% in the age groups older 80 years. In Germany most of those in need of permanent care (about 1,2 Mio. = 15%) are served by their families or at home or by ambulant professional services. This also means a doubling of care for elder and old people by their families in the last 25 years. In the same period the proportion of adults providing care increased from about 7 up to 16%. Most of them (83%) are women. have no special training and stay with this duty for an average of 6 years.

Study: The study to be presented investigates the future of that potential of non-professional and non-profit care and services. Based on interviews with „three-generation“ members of larger families the study documents the changes in each of the cohorts regarding

- attitudes towards family support and
- the self-conceptualisation of each of the cohorts to the fact of „depending on permanent care“.

Results: In result of the study the authors will show the patterns of beliefs and expectancies to spend permanent care for relatives, but also the reported preconditions and motivations for the different patterns to answer.

CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE LA CIUDAD DE XALAPA, VERACRUZ. MEXICO.

Zoila Hernández Zamora
Instituto de Investigaciones Psicológicas
de la Universidad Veracruzana. México.

El presente estudio tuvo como objetivo de terminar la calidad de vida de una muestra de personas de la tercera edad, en base al conocimiento de sus datos socioeconómicos, antropométricos, de su salud mental y física y de sus hábitos alimentarios. Se realizó un estudio comparativo entre la calidad de vida de las personas que viven en sus hogares y asisten a estancias diurnas y las que viven en asilos, encontrándose que, de una manera significativa, es más alta la calidad de vida de éstas últimas, debido a factores determinantes como son el ambiente psicológico, económico y afectivo de su situación actual y/o anterior.

THE PATIENT SELF-DETERMINATION ACT AND ADVANCE CARE PLANNING IN LONG-TERM CARE FACILITIES IN THE UNITED STATES.

Branco, Kenneth, Stonehill College;
Teno, J, George Washington University;
Mor, V, Brown University; Krupp, B,
Eleanor Slater Hospital. USA.

The Patient Self-Determination Act (PSDA), implemented in the United States in 1991, has focused national attention on the rights of patients to be involved in health care decision making and on writing advance directives. The objective of this study is to describe and explain variation and correlates of advance care planning in the United States after the PSDA. 2088 patients were randomly sampled from 270 long-term care facilities in 10 states. Research nurses completed Minimum Data Set (MDS) assessments, including information on living wills, do not resuscitate orders, do not hospitalize orders, and orders that artificial hydration or nutrition should not be utilized. Results indicate that variation in advance care planning before and after the PSDA, variation between states and variation in the correlates of advance care planning before and after the PSDA.

EL MODELO DE SALUD CHILENO, CONTRADICCIONES Y CONDICIONES PARA SU TRANSFORMACION

Jaime Sepúlveda Salinas

En las últimas dos décadas se ha consolidado en el país un modelo de servicios de salud que ha reemplazado la lógica de la salud pública, por una política que privilegia al mercado como orientador de acciones y asignador de recursos.

Transformaciones estructurales y de relaciones entre estado y sociedad civil se operan durante la dictadura (1973-90). Las políticas sociales sufren progresiva privatización y el estado asume rol subsidiario. Al retornar la democracia, se busca una mayor equidad (sin variar el esquema económico). Se aumenta el gasto público social, sin realizar cambios al sistema sanitario heredado de la dictadura.

Actualmente persiste la inequidad en el acceso a servicios entre sector público y privado, sumado al descontento de los usuarios. Problemas emergentes no encuentran solución: salud mental, accidentes, violencia, enfermedades crónicas, ocupacionales, cáncer.

La ponencia entrega antecedentes sobre el estado actual de la crisis del sector, señalando contradicciones del modelo vigente y analizando las condiciones para avanzar en una propuesta alternativa que, partiendo de un enfoque de salud pública y de planificación estratégica, responda a las necesidades de salud de la población chilena.

LA COMMUNAUTARISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE : TENDANCES OCCIDENTALES ET CONFIGURATIONS LOCALES. HISTOIRE DE CAS.

Blais, Louise et Carlos Coloma; Université d'Ottawa et ÉRASME
(Équipe de recherche et action en santé mentale et culture)

Partout en Occident, le virage vers la communautarisation est une tendance centrale et irréversible des politiques en matière de santé mentale. Mais si la tendance est occidentale, les configurations de ce virage prendront différentes formes, selon les contextes nationaux, leurs traditions institutionnelles et histoires politiques, sociales et culturelles spécifiques. La manière dont ces politiques représentent "le communautaire" dans le champ de la santé mentale peut être révélateur de ce qui se trame dans la reconfiguration, non seulement des "réseaux socio-sanitaires", mais plus fondamentalement du rapport entre la société civile et l'État. Après des décennies de prise en charge professionnelle et institutionnelle des problèmes de santé mentale, la communautarisation pose la question du lien entre la santé mentale et le politique et révèle, en creux, ce qui existe d'espaces de démocratie permettant de retisser le lien social. Si la communautarisation a l'avantage d'inscrire les problématiques de santé mentale dans les dynamiques locales, ouvrant ainsi sur la diversité des pratiques, elle n'est pas a priori une panacée. Elle peut en effet se muer en fonctionnarisme local et une gestion accrue du social et de ses couches les plus vulnérables. C'est sur ce fond que nous analyserons, à titre d'étude de cas, les politiques et réformes récentes dans le champ de la santé mentale en Ontario et au Québec.

LA QUESTION DE L'ÉQUITÉ DANS LA CONCEPTION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ — LE CAS DU QUÉBEC

FOREST, Pierre-Gerlier ; U. Laval ; CANADA

Cette étude théorique en analyse de politiques vise à clarifier le sens du concept d'équité, tel qu'il est utilisé pour justifier les interventions publiques dans le domaine de la santé. La recherche utilise le cas du système de santé québécois pour illustrer trois définitions différentes de l'équité (l'équité des procédures, l'équité des chances et l'équité des résultats) et pour montrer comment ces définitions jouent un rôle lorsqu'il s'agit de définir la structure de base d'une politique de santé. L'analyse montre notamment que les professionnels sont habituellement attachés à l'équité de procédures, alors que les administrateurs favorisent l'équité des chances. L'équité des résultats est encore un objectif lointain. Elle suppose que les usagers puissent prendre eux-mêmes les décisions qui concernent leur état de santé et de bien-être et qu'ils soient capables de porter des jugements de nature politique sur l'organisation du système et sa régulation, de façon à ajuster en permanence la nature et la portée des services collectifs.

STATE AND HEALTH POLICY: A COMPARATIVE ANALYSIS OF STATE POLICY TOWARD TRADITIONAL MEDICINE BETWEEN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA AND THE REPUBLIC OF CHINA

Meei-shia Chen, The University of Chicago, USA

This paper illustrates the state's role in health policy-making by comparing two very different states- one socialist and the other capitalist. We examine the state's role in policy formation through a comparison of state policy toward traditional medicine in the PRC and the ROC. These two states form an ideal pair for a comparative study because they dramatically differ in political, economic, and social structure, yet they share a common culture and language. Our analysis clearly demonstrates the contrasting policies of the PRC and the ROC during a 60-year period, from the 1920's to 1980's. The PRC's policy toward traditional Chinese medicine (TCM) had been consistently supportive. Throughout different historical periods, the state policy has promoted TCM as a valuable medical discipline and has given TCM a favorable standing over Western medicine. In contrast, the ROC predominantly expressed either hostility toward or a lack of support for TCM until the 1970's. Although the ROC has applied more research and program funding to TCM since the early 1970's, its policy has never enabled the status of TCM to compete with Western medicine. Several factors explain these policy differences: historical experience; competition between various social interests; state ideology; and external constraints.

IMPACTO DE LAS POLITICAS DE AJUSTE EN EL SECTOR SALUD. EL CASO DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Prado, Giglio , Soler, L.A. ALAMES, Argentina

El sistema estatal de salud en la Argentina ha sufrido dramáticas transformaciones en el marco de las políticas de ajuste y la retirada del Estado en el sector salud. Este proceso se ve agravado por un aumento de hasta cuatro veces de las cifras de desocupación desde la aplicación del plan de convertibilidad en 1991. Simultáneamente, la crisis del sistema de la seguridad social sujeto a un proceso de desregulación y reconversión ha tenido como efecto la pérdida de cobertura de un segmento importante de la población dando como resultado un aumento en la demanda en el sector estatal.

En este trabajo se analiza como las políticas de ajuste han elegido al sector salud como un tema central en el actual periodo y de que modo estas impactan en los sectores más desprotegidos. Con este propósito se focaliza el análisis en la situación de los efectores bajo responsabilidad municipal del segundo cinturón del conurbano bonaerense.

Promouvoir la décentralisation afin de mieux prendre en compte la dynamique locale de la demande et de l'offre de services: un exemple en santé mentale

Desbiens, Francine, Un. de Montréal, Renaud, C., Régie régionale de l'Outaouais, Canada

La politique québécoise de santé mentale (1989) s'appuie sur une volonté de décentralisation et privilégie une organisation de services qui s'adapte aux particularités régionales. Dans la région de l'Outaouais, une planification de services élaborée il y a plus de dix ans (1985), est née de l'initiative locale dans une volonté d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins des personnes. Cette planification considère la communauté comme le lieu privilégié d'action et d'intervention. Elle met l'accent sur une approche préventive, normalisante, communautaire, concertée et décentralisée où les services spécialisés sont perçus comme un ultime recours ou encore un support aux services locaux. La mise en œuvre de cette planification a fait l'objet d'une évaluation de résultats (1996). Celle-ci repose sur une approche pluraliste où a été considérée une diversité de points de vue, tant ceux du système lui-même, des utilisateurs, de leurs proches que des dispensateurs de services. Cette évaluation montre comment un processus de planification qui met l'accent sur un virage philosophique dans l'approche de services, sur la décentralisation des responsabilités au plan local et sur le partenariat peut contribuer à une meilleure adéquation de la réponse aux besoins spécifiques d'une région.

DOES PUBLIC HEALTH NEED A POLITICAL PLATFORM?

Perreault, Robert, Morel, Michel, Roy, Denis, Moisan, Jean-Luc, Lessard, Richard, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Public Health needs a point of view from which to speak. Although Public Health is generally considered to have good credibility, a recent survey shows that its authority is based on quality of expertise and practice, as well as on a clear consistent voice in public debate. In order to maximize the effectiveness of public health interventions, as well as to help provide a common vision through which to focus individual, professional and formal administrative opinions, the authors have put forward a Public Health Platform. The PHP provides a structured perspective from which to analyze public policy and to develop interventions. It also offers a clear and upfront statement of values that guides the various positions. This platform consists of three basic elements : - give concrete endorsement of the reorientation of the health care system toward more prevention and health promotion; - promote healthy public policy and - preserve the universal free access to essential health care services. A small intervention group is responsible for initiating quick responses to developing current affairs. A number of planned and ad hoc actions are conducted around this platform. Results from a one year implementation of the platform are presented and a measure of its success is described in terms of its cooptation by the Provincial Council of Public Health Directors and its application to various public debates of a provincial nature. The merits and drawbacks of generalizing the approach are discussed.

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN SALUD

Mora Mata, Geovanna. Ministerio de Salud, Costa Rica.

La definición de la actual administración de gobierno en Salud de la violencia intra familiar como una prioridad y un problema de salud pública facilitó la elaboración de un plan de atención integral de la misma, cuyo objetivo es la incorporación y ejecución en los proyectos y programas de salud de acciones de prevención, promoción y atención integral de las personas afectadas, ofensoras y ofensores, con un enfoque intersectorial e interdisciplinario, con participación activa de diversos actores sociales. Esta presentación resume los logros del proceso de planificación, muestra los mecanismos e instrumentos técnicos, administrativos y didácticos de operacionalización del plan en comunidades seleccionadas, los logros y limitaciones del mismo, así como las perspectivas de asunción como un proceso nacional.

LA POLÍTICA DE SALUD EN TRANSICIÓN.

López-Arellano Oliva, Blanco-Gil J. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Como resultado de la primacía de las propuestas de modernización neoliberal del Estado y bajo el argumento de la creciente incapacidad de las instituciones públicas de salud de enfrentar la complejidad social y epidemiológica de la población, en los últimos años se ha planteado la redefinición de las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado en el ámbito sanitario. La intervención del Estado se bifurca definiendo dos estrategias polares pero complementarias: el estímulo a la (re) mercantilización de la producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y la acción selectiva del Estado a través de programas de combate a la pobreza extrema. En política de salud, bajo el argumento de la necesaria redistribución de responsabilidades entre el estado-gobierno y los privados que supone la focalización del quehacer público y la reasignación de roles a los privados, se plantea financiar - con fondos públicos - únicamente servicios esenciales clínicos y de salud pública, liberar mercados rentables propicios para la inversión privada y amortiguar los costos sanitarios del ajuste con la inclusión de la unidad familiar y las organizaciones no gubernamentales (ONG's) sin fines de lucro en la producción de servicios de salud. Sin embargo, esta propuesta entraña la renuncia del Estado a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos y justifica y refuerza un acceso bipolar al sector salud: una parte de la población es atendida por su condición de indigente, mientras que otro sector accede a los servicios salud según su capacidad de pago. Se anula - en los hechos - el concepto incluyente de derechos sociales y de las formas solidarias para garantizarlos.

INEQUALITIES, SOCIAL DEVELOPMENT AND HEALTH POLICY: REFLECTIONS ON THE BRAZILIAN CASE

Cohn, Amélia - University of São Paulo/CEDEC - Study Center of Contemporary Culture, São Paulo, Brazil.

The present paper aims to develop the subject of the interrelation between health policy, social policies and social development. It starts with a profile of the Brazilian social situation marked by significant social inequalities in a country with continental dimensions. A discussion on social development is made nor from the poverty perspective neither from the poverty alleviation point of view - the main concern of the recent UN Summit on Social Development - but seeking ways to overcome poverty by linking social development and equity. Finally, the paper approaches the issue of social policies in general - health in particular - from the perspective of social development, and the interplay between State/market and State/society taking into consideration the recent Brazilian experience.

Use of home nursing services among elderly in a socialdemocratic welfare state.

Dahl, Espen, Gautun, Heidi, Fafo Research Institute, Norway.

In a socialdemocratic welfare state, health services should be distributed according to need. Sex, age, area of residence and the socioeconomic status of the patient should be considered irrelevant. In some respects this ideal seems largely to have been accomplished in Norway. The use of general practitioners vary very little by socioeconomic characteristics when controlling for differences in need, i.e. indicators of illness. However, we know hardly anything about elderly peoples' use of health services such as home nursing. One might suspect socioeconomic gradient in the use of this service since user charge was introduced in 1991. This hypothesis was examined by analysing a survey of 960 elderly people aged 65-98 years in 1995. The use of home nursing was estimated by sex, age, marital status, previous occupational class, household income and 'need' i.e. functional ability and longstanding illness. The relationships were modeled by means of multiple logistic regression. Preliminary results suggest that need is by far the most important predictor of the use of home nursing, but there are also indications that socioeconomic variables play an independent role.

SANTÉ DES EXCLUS : PAS DE RÉSULTATS À ATTENDRE SANS UNE RECHERCHE SOLIDE

Larcher, Pierre, Direction Générale de la Santé, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, France.

Dans les années 70, les pays développés ont cru pouvoir éradiquer la pauvreté de leur sol. Non seulement ils n'y sont pas parvenus, mais la fracture sociale s'est creusée et met en péril les principes même de la santé publique. Les mesures prises pour y faire face touchent en France essentiellement à l'accès aux soins. Les sommes qui y sont englouties semblent ne rien changer à la situation. A la lumière de vingt ans d'expérience de terrain puis de responsabilité dans ce champ, cet exposé en inventorie les raisons, suggère un certain nombre de pistes qui ont déjà fait la preuve, qu'elles permettaient d'y répondre, en précisant les méthodes utilisables et les moyens nécessaires pour ce faire. Ces moyens et méthodes ne peuvent s'appuyer que sur les résultats d'une recherche qui fait actuellement défaut partout et fait appel, non seulement à l'épidémiologie, mais à de nombreuses sciences humaines (sociologie, anthropologie, psychologie...), en posant des problèmes éthiques particuliers, ce qui rend sa mise en œuvre particulièrement difficile. Sont donc analysées les modalités d'impulsion et d'organisation d'une telle recherche à l'échelle d'un pays comme la France. Ce travail montre que, bien que préocupante, la situation n'est pas désespérée si, face à la rapidité de sa dégradation, on cesse de temporiser pour mettre en œuvre des mécanismes indispensables, de longue haleine, mais dont une articulation intelligente peut accélérer les effets positifs.

SOCIAL INEQUALITIES AND HEALTH IN RURAL CHIAPAS: AGRICULTURAL WORKING CONDITIONS, NUTRITION AND CHILD HEALTH IN LA FRAYLESCA, CHIAPAS

Ochoa, Héctor, Sánchez-Pérez, H.J., and Ruiz-Flores, M. El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

There is strong evidence suggesting that the low living standards and poor health status particularly of the peasant population of Chiapas is the result of the social organisation of Chiapas's society, particularly of the land tenure structure. This situation has led to the over-exploitation of land-less labourers and the socio-economic exclusion of this population sector from the benefits of basic services, which has been aggravated by an unstable employment market and the resulting migration flow. The objective of this study was to examine the association between agricultural working conditions, nutritional status and child health in the southern Mexican State of Chiapas. The relationship under study is relevant considering the implications of the reform to the agrarian law passed during the last presidential administration, which in its turn is also relevant to the current peace negotiations between the government and the *Zapatista* National Liberation Army. The data were collected during a cross-sectional survey of 1046 households (5546 individuals), sampled from localities in the municipalities of Jaltenango La Paz and Villaflores situated in La Fraylesca Region. The survey of pre-school and school children included anthropometric measures, a 48 hour dietary recall, stool examinations, surviving data, perceived morbidity and use of health services. The results showed that children of families whose head was employed as a waged labourer in either privately owned farms or the coffee *fincas* presented a lower nutritional status, higher prevalence of intestinal parasites, and higher mortality than children in families with their own plot of land. Children of richer peasants and farmers showed better nutritional status and a lower prevalence of intestinal parasites and a lower risk of dying as compared to subsistence peasants. These results suggest that agricultural production variables such as access to land and working and living conditions in the agricultural sector play an important role in determining the poor health conditions of the children of Chiapas.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y SU REPERCUSIÓN EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD BUCO-DENTAL.

M.C.D Jesús Rivas Gutiérrez, Lic. Economía Salas Luevano M.A., M.C.D Treviño Rebollo M. E. Facultad de Odontología, U. A. Z., México.

Analizar el grado y la forma en que los factores socio-económicos influyen en el proceso salud-enfermedad buco-dental, en las colonias de bajos recursos de la ciudad de Zacatecas, México.

Se seleccionó una muestra representativa de ocho colonias de bajos recursos socio-económicos de la ciudad de Zacatecas, México y se clasificó en cuatro grupos etáreos a la población, se construyó el instrumento de medición (cuestionario y hoja de índices), se calibro al grupo de apoyo y se procedió a aplicarlo. Una vez conseguida la fuente de datos se realizó un análisis estadístico para hacerla representativa. Sabemos que los factores citados, tienen una gran influencia sobre los niveles de salud o de enfermedad buco-dental en la población general, pero estos dos en particular, tienen una mayor ponderación, lo cual se ha podido constatar de forma tajante con el presente estudio y lo que es más importante, como las situaciones actuales de desafíos y cambios drásticos en el contexto económico y social mundial y su repercusión en la población general esta minando la ya de por sí precaria salud general y bucal en particular, colocando a las personas en una situación de disertación entre: comer, vestir, vestir, pagar sus deudas o mejorar su nivel de salud. Entre los resultados más representativos que se obtuvieron se puede constatar la desigualdad social presente en la muestra de estudio seleccionada, el bajo nivel y la carencia casi total de una educación básica en salud buco-dental. Podemos concluir, citando los análisis realizados y de los cuales se desprende claramente la necesidad apremiante de proponer medidas de solución inmediatas y mediatas, en lo general, la Universidad y la Facultad de Odontología de la misma, deben de buscar por medio de la Extensión Universitaria los vínculos pertinentes para encarar, solucionar y elevar conjuntamente con las autoridades estatales y federales los niveles de salud buco-dental de nuestros conciudadanos de más grave desigualdad social.

ESTRATEGIAS CAMPESINAS DE REPRODUCCION ECONOMICA Y PALUDISMO EN CHENALHO, CHIAPAS"

Mauricio Ortega Gutiérrez. Centro de Investigaciones Humanísticas de Mesoamérica y el Estado de Chiapas UNAM y Depto. de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM, México.

La investigación tuvo como objetivo establecer relaciones iniciales entre actividades agrícolas y paludismo. A través de la integración de estrategias de reproducción campesina en los pobladores de una comunidad de campesinos indígenas en la subregión San Cristóbal de Los Altos de Chiapas, se definieron riesgos y prevalencia del paludismo. Entre otras actividades económicas agrícolas o de otra índole, se obtuvo información sobre sitios de trabajo, uso de suelo, volúmenes de producción de café, maíz y frijol y número de unidades familiares involucradas en esta producción, así como en el trabajo asalariado y en las artesanías. Bajo las hipótesis de que los mayores riesgos y prevalencia de la enfermedad palúdica se ubicaba en los sitios llamados "trabajaderos" de tierra caliente, se analizó la circulación productiva de esos sitios. Metodológicamente se estudiaron unidades familiares con casos de paludismo registrados por la campaña contra esta enfermedad entre 1987 y 1993 (entre los habitantes de Yibeljoj, municipio de Chenalhó, Chiapas), y unidades familiares sin casos de paludismo en ese mismo periodo. Entre los resultados más importantes sobresalieron: las estrategias de reproducción económica que ofrecieron mayores riesgos y prevalencia del paludismo fueron aquellas donde la actividad del cultivo del maíz y el trabajo asalariado estaban presentes. Contrariamente, aquellas estrategias de reproducción económica donde estuvo presente como actividad principal o de segunda importancia la artesanía, estaban asociadas con la ausencia del paludismo o prevalencia mínima de la enfermedad.

THE FIRST EXPERIENCES WITH THE USE OF STANDARDIZED METHODS FOR THE LONGITUDINAL ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS.

Kovarova Maria, Szilasiova, A., Beresova, A. Košice, Slovak Republic.

Rheumatoid arthritis is a chronic disease, that threatens the range of (physical) activities and therefore the further course and style of life of the individual affected. Today the relation between adverse life events and etiological aspects of chronic diseases is discussed, apart from possible etiological components life events might contribute to reactivation of the disease. In October 1994 the Slovakian part of the EURIDISS project started: since then RA patients are selected following the standardized procedures and rules of this international study. At the end of December 1994 a sample of 62 patients suffering from RA were included in the research. The preliminary analysis of sociopsychological data related to clinical course of the disease do point to significant relations.

SALUD Y CONDICIONES DE VIDA: LA INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL LOCAL.

Bermúdez, Marisela, Fernández, J., Urbaneja, M. ALAMES.
Caracas-Venezuela.

La gestión de salud del Municipio Libertador se planteó como objetivo fundamental, la necesidad de hacer visibles las inequidades y desigualdades en las condiciones de vida y su impacto en la situación de salud, a fin de incrementar la racionalidad en la toma de decisiones a nivel local. Fue necesario construir una metodología que reflejara la realidad de Caracas. A partir de informaciones de fuentes secundarias se procedió a la elaboración de microáreas urbanas homogéneas y su posterior validación, dando como resultado la identificación y la espacialización de los principales problemas presentes en cada una de ellas. Se construyó un índice para la medición del nivel socio-económico, estableciéndose cinco estratos que permitieron la ubicación de diferenciales de salud de acuerdo a las condiciones de vida. Se pretende además, implementar un sistema de monitoreo para dar seguimiento a los problemas en grupos poblacionales homogéneos, permitiendo la participación social en todos los niveles de acción.

SYSTEME DE SANTE ET LES DIFFERENCES REGIONALES DE LA MORTALITE MEXICAINE.

Olga López Rios, Instituto Nacional de Salud Pública, Mexique.

La recherche examine l'impact de soins de santé sur les différences régionales de la mortalité, en distinguant l'offre et la demande de soins. On utilise un modèle causal du type LISREL basé sur l'analyse des structures de covariances. L'analyse sur les déterminants de la mortalité régionale a eu des grands progrès, mais il reste encore des questions importantes à répondre. Sur l'importance du rôle joué par le système de soins de santé et celui du développement socioéconomique sur la diminution de la mortalité régionale, on a conclu que chacun de ces facteurs doivent avoir un effet sur cette diminution. La question alors est: Quelle est la magnitude de ces effets? et lequel de deux facteurs a eu l'impact plus important? Le modèle causal que je propose cherche à mesurer les effets de ces concepts, afin de mieux quantifier son importance. D'autre part les résultats des recherches antérieures nous ont montré qu'il est nécessaire de faire la distinction entre l'offre et la demande de soins de santé lorsqu'on doit considérer l'effet du système de santé sur la mortalité. Le modèle a été ajusté en différenciant les adultes jeunes et les adultes vieux. Les résultats montrent que la distinction faite entre l'offre et la demande de soins, conduit à observer un impact spatial significatif de l'utilisation du système de soins sur la mortalité des adultes vieux, tandis que pour les adultes jeunes le développement socioéconomique montre un effet plus important. La conclusion qu'on avance est: la diminution de la mortalité régionale mexicaine est due à une interaction entre le développement socioéconomique et le système de santé, exprimée par une faible utilisation des services de santé par la population jeune, et une utilisation plus intense des services par la population âgée, qui lui permet augmenter l'espérance de vie.

CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA TRADICIONAL EN AL AMAZONAS VENEZOLANO. LINEAMIENTOS PARA UNA PROPUESTA ALTERNATIVA.

Gutiérrez, Gilberto. Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

En el Amazonas venezolano se evidencia con mucha fuerza la incapacidad de los modelos de práctica médica establecidos por el Estado para resolver los problemas de salud de esta población. Las crecientes cifras de prevalencia de enfermedades que creíamos ya superadas en un pasado remoto, son una expresión concreta del mencionado fracaso. Ese modelo institucionalizado colocado bajo la absoluta responsabilidad del Estado, no sólo ha demostrado su ineficiencia para proveer a la población de niveles adecuados de salud sino que además ha sido un obstáculo para el indispensable acercamiento con las propuestas que en este campo surgen del seno de las comunidades, cuyos conocimientos por lo demás han dado cuenta a través de los siglos de sus propios problemas de salud. El trabajo que presentamos pretende establecer algunos lineamientos conducentes a la concreción de propuestas que viabilicen la incorporación del amplio bagaje de conocimientos populares indígenas a la política de salud del Estado. Intentamos con ello el logio de respuestas inmediatas a la problemática y la incorporación creciente de los grupos organizados, en función de responder ante tal situación en un marco de respeto a las características sociales, económicas, políticas, culturales y religiosas de las cinias que habitan esta porción del territorio venezolano.

SOINS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DANS UN CONTEXTE PLURIETHNIQUE: PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Jimenez, Vania, Sévigny, Robert, CLSC Côte-des-Neiges de Montréal, Canada.

L'objectif de cette présentation est d'exposer et d'analyser un certain nombre de décisions impliquées dans la recherche sur les soins de santé et les services sociaux dans les services de première ligne en milieu pluriethnique. Plus particulièrement, cette présentation vise ou montre comment le contexte pluriethnique permet d'établir un terrain commun à un ensemble de recherches qui, par ailleurs, semblent se diriger dans plusieurs directions différentes. Ces décisions touchent à la fois des questions théoriques et méthodologiques, épistémologiques et stratégiques. Dans cet exposé, nous partons de l'expérience du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges. Au plan théorique et méthodologique, nous proposerons l'idée suivante: la seule position valable est celle qui suppose la multiplicité des points de vue, l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalisation. Au plan épistémologique, l'intérêt est de comprendre et de traduire en action de recherche des paradigmes fort différents mais complémentaires. Au plan stratégique, la tâche est double; d'une part, l'établissement des axes et des contenus de recherche, d'autre part, la mise sur pied d'un système de partenariat entre des acteurs différents (intervenants, chercheurs, administrateurs, décideurs politique, utilisateurs, etc.). L'exposé se terminera en envisageant le développement futur des services de première ligne dans un contexte pluriethnique.

LE FRAGILE STATUT DES ÉTRANGERS EN FRANCE

Bretin, Hélène, Fassin D., Ferré N., Thébaud-Mony A.
Université Paris XIII, UFR Santé, C.R.E.S.P

A la précarisation socioéconomique et à ses effets en matière de protection sociale et d'accès aux soins qui touchent une part croissante de la population française, s'ajoute, pour les étrangers, une précarisation sociojuridique qui en redouble les conséquences, notamment sur la santé. En effet, la politique de lutte contre l'immigration, ces dernières années, a consisté non seulement, à combattre la présence sur le territoire français de personnes en situation irrégulière, mais aussi à produire de l'irrégularité, par la mise en oeuvre de réglementations de plus en plus contraignantes - pour l'obtention ou le renouvellement des titres de séjour, y compris pour les malades chroniques - et de plus en plus répressives dans l'application et la mise en oeuvre des mesures. Cette évolution affecte, au-delà des personnes qui ont toujours été en situation irrégulière, celles à qui on retire, pour des raisons diverses, leur titre de séjour. Il en résulte une double fragilisation. Sur le marché de l'emploi, les étrangers en situation irrégulière fournissent des contingents importants de travailleurs non déclarés dans des métiers exposés à des risques professionnels et avec des rémunérations inférieures aux normes légales et conventionnelles. Face au système de soins, par ailleurs, les contacts avec les institutions socio-sanitaires apparaissent comme autant de situations potentiellement menaçantes, ce qui conduit à des retards de recours à la médecine et à l'entrée dans des circuits spécifiques. Sous ce double aspect, la politique à l'égard des étrangers a ainsi une incidence directe sur leur état de santé et appelle donc une réflexion et une action de la part des acteurs de la santé publique et, au-delà d'eux, de l'ensemble des citoyens.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU MINORITAIRE : L'EXPÉRIENCE DE L'ONTARIO FRANÇAIS.

Gagné, Hélène, Services en français, Centre ontarien d'information en prévention, Canada.

Malgré la visibilité croissante des efforts gouvernementaux et communautaires en termes de promotion de la santé, la présente analyse veut démontrer les particularités de développement d'une même notion selon l'appartenance à un groupe linguistiquement minoritaire versus un groupe majoritaire. Les efforts de promotion de la santé déployés en Ontario accusent des lacunes systémiques à plusieurs niveaux: a) les efforts gouvernementaux ont échoué dans leurs critères d'inclusivité, b) les communautés francophones disposent de ressources limitées et d'un accès réduit à ces mêmes ressources, c) le souci initial d'un parallélisme entre des services anglophones et des services francophones a détourné l'attention des organismes francophones vers une route sans issue, d) les changements organisationnels et contextuels se produisent à un rythme effarant et le déploiement des ressources n'y est pas proportionnel, et e) l'identification des besoins réels des Franco-Ontariens est dans un stade embryonnaire. Une piste de solution réside d'abord dans les partenariats organisationnels qui sauront explorer de nouvelles avenues pour la distribution et le partage des ressources. La contribution des professionnels devra davantage s'associer avec les efforts de la communauté pour améliorer le bien-être individuel et collectif. Le souci de répondre aux besoins des Franco-Ontariens devra être axé sur l'efficacité dans l'utilisation des ressources plutôt que sur la survie des organismes tels que nous les connaissons présentement.

LIENS ENTRE LA SANTÉ DES FEMMES ET LA VIOLENCE QUI LEUR EST FAITE

Rinfret-Raynor, Maryse, Cantin, S., Université de Montréal, Canada.

Cette présentation vise à présenter les liens entre la santé des femmes et la violence qui leur est faite, liens identifiés à partir des milieux de pratique et à partir de certains résultats de recherche.

Nous aborderons notamment les effets de différentes formes de violence sur la santé physique et mentale des femmes. Nous traiterons des difficultés des systèmes de soins de santé à tenir compte de cette violence en abordant les problèmes liés au dépistage de la violence et au traitement de ses effets. Nous montrerons quelles pistes ont été identifiées pour faire reconnaître la violence envers les femmes comme un problème de santé publique.

DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICAL EN MEXICO. DE LA INVESTIGACION A LA ACCION.

Lazcano E., Najera P., Alonso P., Hernández M., INSP, Cuernavaca, Morelos, México.

El cáncer cervical es uno de los principales problemas de salud en mujeres mexicanas. Donde se estiman cada año más de 4000 muertes y las tasas de mortalidad han permanecido estables durante los últimos 20 años. Con base en resultados de la línea de investigación sobre cáncer cervical del Instituto Nacional de Salud Pública de México en la evaluación del programa de detección oportuna de cáncer durante el periodo 90-95, se desarrolló una propuesta de reorganización del screening, mediante la implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa, para mejorar su eficiencia y efectividad. Para lograr que la detección oportuna de cáncer cervical sea efectiva se necesita que exista una infraestructura de prevención disponible, que sea accesible y proporcione atención de calidad. Se identificaron cuatro posibles estrategias que pueden ser implementadas: i) incremento de la cobertura, ii) garantizar la accesibilidad, seguimiento y calidad del screening, iii) garantizar la calidad de obtención del espécimen de PAP y la precisión diagnóstica, iv) Vigilancia epidemiológica computarizada del screening para monitoreo continuo. En función de utilizar los métodos más deseables y factibles en el programa de detección.

La propuesta incluye cuatro elementos fundamentales del programa en relación a políticas del programa: 1) Una propuesta de modificación de la norma técnica para aumentar la periodicidad de la prueba de PAP cada 3 años. 2) Un Sistema de Vigilancia Epidemiológica computarizado del programa, 3) Mecanismos de control de calidad en la obtención del espécimen. 4) Regulación gubernamental de la práctica de la citotecnología, para garantizar precisión diagnóstica, 5) Garantía de calidad en el proceso de atención médica, 6) Incrementar la cobertura, y finalmente 7) Implementar una difusión selectiva del screening.

TENDANCE CROISSANTE DE LA MORTALITE PAR CANCER DU SEIN AU MEXIQUE. UNE CONSEQUENCE LOGIQUE DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE?

Olga López Ríos, Eduardo Lazcano, Hernández Mauricio, Instituto Nacional de Salud Pública, Mexique.

L'objectif principal est d'analyser, dans le contexte de la Transition Démographique, les niveaux et tendances de la mortalité par cancer du sein au Mexique. On effectue une analyse spatio-temporelle de la mortalité par cancer du sein et des projections vers 2010. Une analyse de correspondance est appliquée afin de mieux observer la distribution régionale. La Transition Démographique qu'en train de vivre le Mexique a provoqué une augmentation de l'espérance de vie, plus importante pour les femmes. Du aux caractéristiques de la population mexicaine, les volumes de population, qu'atteindront les âges avancées seront très importants et en conséquence les maladies chroniques dégénératives deviennent de plus en plus importantes et la mortalité par cancer du sein suit cette tendance. La mortalité par cancer du sein montre une tendance à l'augmentation et les projections que nous présentons confirment cette tendance. La distribution régionale coïncide avec celle du développement socioéconomique: des niveaux plus importants pour les Etats du Nord du pays (les plus développés) et des niveaux bas pour le Sud du pays (les moins développés). Les femmes adultes (35-50 ans) concentrent les taux de mortalité plus importants. Pour cette raison, il est nécessaire de réfléchir aux politiques de population qui permettent planifier les services médicaux tant quantitativement que qualitativement. La prévention doit être aussi un élément important dans la planification des services médicaux.

LES FEMMES ET LE TABAC

Dedobbeleer Nicole, Sc.D., Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada
Desjardins S., M.Sc., Ph.D. (candidate), Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada
Desjardins Y., M.Sc., Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Selon les données de Santé Canada (1993), des taux plus élevés de tabagisme quotidien sont observés chez les femmes canadiennes que chez les hommes parmi les 15 à 24 ans (24% versus 20%) et les 45 à 54 ans (30% versus 23%). Au Québec en 1991, les femmes étaient plus portées à fumer tous les jours que les hommes, dans tous les groupes d'âge de moins de 65 ans. Le Québec est la province où le taux de tabagisme est le plus élevé chez les femmes. Les résultats des études indiquent de plus que les femmes ont plus de difficultés à arrêter de fumer que les hommes. Dans ce contexte, le but de cette présentation est de documenter le besoin d'une approche fondée sur la dynamique sociale du tabagisme pour mieux comprendre et lutter contre le tabagisme chez les femmes. Le tabagisme est un comportement complexe non seulement influencé par le prix des cigarettes mais un comportement enraciné dans un contexte biologique, social, environnemental, historique et culturel. Jusqu'à présent, les études sur le tabagisme et la santé ont court-circuité ces facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels ou contrôlé leurs effets. Les mécanismes d'influence de ces facteurs sur le tabagisme des femmes seront examinés à partir d'une revue des écrits et discutés en fonction des politiques et programmes existants au Québec.

CONSTRUCCION SOCIAL, VIH-SIDA Y MUJER: FRAGILIZACION Y PROTECCION SOCIAL

Grimberg Mabel, Programa de Antropología y Salud, Universidad de Buenos Aires-Conicet, Argentina.

Este trabajo es parte de una investigación mas amplia sobre Construcción Social y Hegemonía en su aplicación al caso VIH-Sida. Desde un enfoque político del problema -como constituido desde relaciones de poder- y desde una perspectiva de género, su objetivo es estudiar en las relaciones y redes sociales, y en las representaciones y las prácticas de mujeres jóvenes de sectores populares, aquellos aspectos individuales como colectivos de fragilización y protección de su vida cotidiana; en particular, la incidencia de procesos de politización de sus condiciones de vida y de las organizaciones y movimientos sociales o de género. Se utilizó una metodología cualitativa con diseño de investigación-acción participativa, a través de un seguimiento etnográfico de 50 mujeres de 15 a 35 años de dos barrios populares, combinando técnicas como observación con participación, entrevistas en profundidad, grupos focalizados y videos. La relación VIH-Sida/mujer muestra la complejidad de procesos socioeconómicos, ideológico-culturales y políticos que: intensifican las condiciones históricas de vulnerabilidad de las mujeres de sectores populares; estructuran, normatizan y controlan las identidades y las relaciones de género; constituyen la sexualidad en campo de regulación social, reforzando su reducción a reproducción biológica y patología; y actualizan categorías clasificatorias morales de estigmatización social.

POLICIES FOR POPULATION HEALTH: ISSUES IN WOMEN'S HEALTH AND BREAST CANCER SCREENING

Willis, Karen, University of Tasmania, Australia

Extending the policy debate beyond medical care towards a focus on health requires that one takes account of the knowledges, discourses and politics that surround particular health issues. The issues inherent in women's health and, in particular, breast cancer, encapsulate the diversity of meanings, interests and perspectives on whether health issues should be viewed as part of the social fabric or as medical problems. This paper compares the tensions, discourses and contradictions between a policy approach that emphasises a social view of health and an approach that is firmly embedded in a biomedical understanding of the issue. Locating a health solution within a disease-oriented framework has political advantages and it is argued that dominant interests in health are better able to utilise the biomedical approach by, for example, obtaining consumer support for their 'framing' of the problem. This has particular implications for notions of participation in health decision making and broad-based approaches to population based health, as opposed to a disease-based approach. These issues are explored through an examination of two Australian policies that seek to address women's health - the National Women's Health Policy and the National Breast Cancer Screening Policy.

FLEXIBILITÉS DU MARCHÉ DU TRAVAIL ET SANTÉ DES PARENTS ET DES ENFANTS.

Fortin, Lynda, Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, CSPQ et U. Laval, Canada.

La santé et le bien-être sont déterminés par des facteurs externes au système de soins et notamment, par l'organisation et les conditions de travail. La recherche de flexibilité de la part des entreprises est une tendance majeure de l'organisation du travail en cette fin du vingtième siècle. La flexibilisation du marché du travail exerce-t-elle des effets sur la santé et le bien-être des familles et des enfants. Il s'agit là d'un des aspects les moins documentés des rapports travail-santé-famille (Voydanoff, 1989; Tremblay, 1994). La question interroge le lien entre global et local, public et privé, production et reproduction, compétitivité économique d'une société moderne et santé des citoyens qui la constituent.

La méthodologie utilisée est une recension des écrits. On distinguera quatre types de flexibilités soit: la flexibilité des coûts de main d'oeuvre, du temps, du lien d'emploi et la flexibilité technico-organisationnelle (Tremblay, 1994; OCDE 1986, 1988, Sarfari et Kobrin, 1987). Pour chacun de ces aspects on a recensé les effets sur la santé et le bien-être des familles et des enfants.

Les résultats établissent les effets des politiques de flexibilité sur les rôles parentaux: conciliation des temps, fluctuation des ressources financières, appauvrissement, désinsertion sociale, stress, estime de soi, identité, réseau social etc. On démontre ainsi que la gestion de la main d'oeuvre façonne la qualité de la vie familiale, que la gestion du travail est aussi une gestion du social et que la compétitivité a aussi un coût social. Les résultats nous conduisent à concevoir plus largement les interventions en matière de santé et à participer à un débat qui dépasse les considérations économiques et qui porte sur le développement humain.

SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL: INCONNUE, MÉCONNUE OU IGNORÉE?

Lamontagne, Yves, U. de Montréal, Canada

Les problèmes de santé mentale au travail représentent des coûts très importants pour les individus, les industries et la société. Selon des consultants en santé au travail, les états de stress attribués au travail sont passés de 5 à 15% en trois ans, les états de crise au travail font maintenant l'objet d'une consultation sur cinq et les cas d'épuisement professionnel ont augmenté de 20%. Ainsi, les invalidités pour troubles psychiatriques sont passées de 11% en 1989 à 24% en 1993, loin devant les accidents du travail (15%) ou les maux de dos (10%).

Les employeurs et les employés doivent donc comprendre l'importance de la santé mentale au travail. Chez les employeurs, tous les moyens doivent être pris pour maintenir une bonne santé mentale au travail et détecter rapidement les problèmes de santé mentale inhérents à l'emploi. Ils peuvent rendre leur structure plus fonctionnelle, diminuer les problèmes reliés aux conditions de travail et aux mauvaises relations interpersonnelles, faire des changements pour diminuer le stress inutile et adopter des pratiques de santé par l'éducation, l'acquisition de compétence et l'établissement de programmes de rattrapage. Les employés doivent développer des principes d'une saine gestion de leur vie émotive, physique et mentale. Ils doivent bien gérer leur temps, garder le sens de l'humour, avoir des activités sociales en dehors du milieu de travail et ne pas laisser envahir leur vie familiale.

Collectivement et individuellement, nous devons développer des programmes de santé mentale au travail efficaces, concrets et adaptés à notre société moderne.

WORKERS' HEALTH CONDITIONS IN FIVE PRODUCTIVE SECTORS IN UGANDA

Joseph Carasco & Edward Rubanga

Centre for Basic Research (Uganda)

This study seeks to understand the health of the worker as it relates to the working environment. To do this we found it necessary to examine the conditions of workers both at the workplace and at home and more so the socio-economic and cultural conditions they live in. In doing this, we focused on organized labour in five industries. The questionnaire we administered covered those variables specific to the health and living conditions of workers. The workers were thus afforded a chance at assessing and evaluating their conditions themselves (as opposed to merely getting official information from their employers). In addition our physical observation and assessment of these conditions since we were visiting them in their actual working environment. From the data generated the main views were that employers do not see the direct relationship between improved productivity and improved health standards of workers. In summary our contention is that (1) workers in Uganda are as yet not so conscious of the adverse and sometimes dangerous conditions under which they work. (2) the official government policy about Labour is so loose that, even if regulations are broken their intervention is always too late.

EXPLORING WORK AND HEALTH RELATIONS WITH WOMEN WITH DISABILITIES

Zeytinoğlu, Işık Urla, Westmorland, M., Pringle, P., Denton, M., Chouinard, V., McMaster Research Centre for the Promotion of Women's Health, McMaster University, Hamilton ON Canada

The objective of this participatory action research project was to explore work and health relationships for women with disabilities. The project focused on positive work environments for women with disabilities and was developed in 1994 by a Steering Committee consisting of academic investigators and community partners. The committee consisted of the above listed academic investigators and representatives of four community partners: Work-Able, Path Employment Services, United Disabled Consumers, and the Hamilton Automobile Club. The project focused on women, and included men with disabilities as a comparator group. All were members of these organizations. This paper discussed the qualitative phase of the participatory action research. Results show that the health of women with disabilities is closely related to their paid and unpaid work, including volunteering. Results are presented in their own words.

*This project is funded primarily by MRCPOWH, supported by a grant from the SSHRC and Health Canada. The Arts Research Board of McMaster University also provided funds for this project.

LA GLOBALIZACION DEL CONSUMO DE AGROQUIMICOS. REPERCUSIONES AMBIENTALES Y DE SALUD PUBLICA EN YUCATAN.

Jorge Alvarado Mejía, González R L, Cobos V.
Universidad Autónoma de Yucatán, México.

La globalización del empleo de los agroquímicos es uno de los problemas que requiere una mayor decisión por parte de los legisladores ambientales y de salud pública. En América Latina el deterioro de sus ecosistemas por el uso extensivo de la tierra y el agua ocasiona un fuerte impacto ambiental, dentro de esta tecnología, el uso de agroquímicos se hace en forma excesiva e inadecuada. Este trabajo presenta resultados de un estudio médico-ambiental del impacto de los plaguicidas agrícolas en el estado de Yucatán, México, cuyos objetivos son detectar los plaguicidas consumidos así como las normas y reglamentos para su utilización, los daños a la salud de los aplicadores y los niveles de contaminación del agua subterránea, suelo y productos agrícolas. Se aplicaron encuestas médicas dirigidas a los agricultores de tres regiones del estado, se monitorearon aguas de pozo de consumo humano y regadío, muestras de suelo y de productos agrícolas. Se identificaron 13 productos que se encuentran en la lista de productos restringidos y prohibidos por la ONU, entre ellos el metilparatión, paraquat y el 2,4-D; se detectaron al 29.6% de los encuestados intoxicados por organofosforados, carbamatos y bupiridílicos; se encontraron residuos de endosulfán, diacínón y 2,4-D en agua subterránea y en tomates y calabazas, algunas muestras por arriba de los niveles permitidos por la OMS. El consumo de agroquímicos se encuentra en ascenso año con año en la región

El desarrollo de la capacidad gerencial de los recursos humanos en el proceso de reforma del sistema de salud de Nicaragua:

Villacrés, Nilhda, Centro de Investigación y Estudios de la Salud, Nicaragua

En Nicaragua, el desarrollo de los recursos humanos tanto a nivel de la capacidad técnica como gerencial, se ha constituido en uno de los elementos estratégicos de la implementación de la Reforma del Sistema de Salud.

Se presenta y discute las lecciones y perspectivas de la aplicación del enfoque utilizado para el desarrollo de la capacidad gerencial que permitió:

- armonizar tres elementos claves: la situación de salud, los objetivos operacionales del proceso de reforma del sistema de salud y un enfoque transdisciplinario para la conducción y administración de las estructuras de dirección de los Sistemas Locales de Salud.
- la selección de una estrategia pedagógica que permitió flexibilidad y direccionalidad a la implementación del programa; y
- la oportunidad de integración interinstitucional en el diseño, ejecución y evaluación: el Ministerio de Salud, la Universidad a través de la Escuela de Salud Pública (CIES) y la Organización Panamericana de la Salud.

PERSPECTIVES LONGITUDINALES CONCERNANT L'IDENTITÉ ET LES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Tremblay, Gilles, Tremblay, R.E. et Saucier, J.F., GRIP, U. de Montréal, Canada

Plusieurs auteurs insistent sur la plus grande vulnérabilité des garçons dans le processus de formation de l'identité. Pour se représenter comme masculin, le garçon doit cesser de s'identifier à la mère, ne plus lui ressembler (Badinter, 1992). De plus, des études démontrent que les garçons sont plus tenus de respecter les stéréotypes sexuels que les femmes (Klein, 1984) alors même que ces stéréotypes (particulièrement celui de l'homme identifié au macho) sont vertement critiqués depuis une vingtaine d'années. Chez les garçons, l'agressivité (Chapman, 1978; Ullian, 1981), la délinquance (Evans et al, 1991; Brooks, 1990) et l'abus des drogues (Jones, 1992) sont souvent associés à une image de soi pauvre et une confusion d'identité. D'autres (Offer, Ostrov et Howard, 1981) associent la déviance à un moi adaptatif plus faible. Nous avons voulu comparer la formation de l'identité de jeunes ayant des comportements perturbateurs à des jeunes qui n'en ont pas. Notre échantillon est constitué de jeunes garçons montréalais (N=251) de milieux socio-économiques faibles. La formation de l'identité a été évaluée à l'aide du *Perceived Competence Scale for Children* (Harter, 1983) complété à 8-9 ans et à 10-11 ans ainsi que de l'*Objective Measure of Ego Identity Status* (Adams, Bennion et Huh, 1989) complété à 14-15 ans. Cette perspective longitudinale nous permet de mieux saisir le cheminement de la formation de l'identité.

ALIMENTATION DES ENFANTS ET STYLE EDUCATIF PARENTAL: ETUDES DE CAS

Regnière, Gaétan, Jourdan-Ionescu, C. UQTR, Canada

Comme le rapporte Chiva (1995), le comportement alimentaire s'inscrit dans un double héritage dont chaque être humain est porteur, soit un patrimoine biologique et un patrimoine culturel. L'aspect culturel est effectivement important car, par exemple, en Europe, le chocolat est considéré comme un aliment de choix contenant du fer alors qu'au Québec, il est plutôt associé à une mauvaise alimentation. Au niveau du microsystème familial, les attitudes éducatives parentales ont également un impact sur le développement des habitudes alimentaires de l'enfant. La présente recherche porte sur le lien existant entre les attitudes éducatives parentales et l'alimentation des enfants vue à travers le contenu de la boîte à lunch apportée à la garderie. Le comportement (Grille d'observation du comportement de l'enfant à la garderie, Jourdan-Ionescu et Regnière) de 28 enfants (17 garçons et 11 filles de milieu socio-économique faible et moyen) âgés de 5 à 7 ans a été observé à la garderie pendant le repas. À l'aide de la Grille d'analyse du contenu de la boîte à lunch (Jourdan-Ionescu et Regnière, 1991), le contenu de leur repas a aussi été noté sur une période de 20 rencontres. De plus, la mère a rempli un questionnaire sur la structure éducative parentale adapté d'après celui de Lautrey (1980) afin de déterminer le style éducatif familial. En effet, Lautrey (1980) a établi trois types de structuration des pratiques éducatives parentales soit rigide, faible et souple. Par la suite, des études ont permis de décrire les habitudes alimentaires des enfants dont le profil éducatif familial était situé aux extrêmes (les plus souples/les plus rigides). Les résultats seront présentés lors de cette communication.

ÉVALUATION DES RETARDS DE CROISSANCE DANS UNE POPULATION D'ENFANTS NÉGLIGÉS.

Kendirgi, Max, Jourdan-Ionescu, C. Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

Dans le cadre d'un programme d'aide personnelle, familiale et communautaire auprès de familles négligentes (PAPFC), le groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), a testé un protocole d'investigation médicale spécialement conçu pour le dépistage de la négligence. Les enfants de cette étude, provenant de milieux nettement défavorisés, ont été référés par les Centres Jeunesse Mauricie Bois-Francs (CJMBF). Nous avons exploré l'état de santé de ces enfants, leur développement et avons relevé les données anthropométriques. Les éléments concernant la taille, le poids et le périmètre crânien nous ont permis d'évaluer les retards de croissance (RDC) dans ce type de population. Les courbes de croissance auxquelles nous nous sommes référés proviennent des données du Dr. Arto Démirdjian (croissance et développement de l'enfant québécois de la naissance à six ans). Nous avons par la suite effectué les corrections selon la méthode de Tanner. Nos conclusions montrent que chez les filles, le RDC se situe dans les normes admises pour la population en général, soit 5%, alors que chez les garçons ce taux est de 10.7%. Ce résultat peut être expliqué par les effets de la négligence.

IMPACT DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LE PROFIL DE SANTÉ MENTALE D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 11 ANS D'IMMIGRATION RÉCENTE.

Jimenez, Vania, Saucier, J.-F., Murphy, C, Marleau, J. CLSC Côte-des-Neiges de Montréal, Canada.

La violence conjugale constitue un problème social important. En effet, une recherche récente montre qu'environ 30% des canadiennes ont été victimes d'au moins un acte de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint à un moment donné durant leur union. De plus, près de 40% de ces femmes déclarent qu'au moins un de leur enfant a été témoin d'actes de violence perpétrés contre elle. Depuis le début des années 80, plusieurs auteurs ont étudié les répercussions de la violence familiale sur les enfants uniquement témoins de violence conjugale. En général, les données montrent que les enfants témoins de violence conjugale manifestent, en moyenne, plus de troubles intérieurs et extérieurs que les enfants de foyers non-violents. Notre recherche vise à délimiter l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur le profil de santé mentale d'enfants âgés de 6 à 11 ans dont les mères sont arrivées depuis moins de 10 ans au Québec. Le profil de santé mentale des enfants a été mesuré à l'aide de deux instruments: le Dominique et le CBCL de Achenbach. Les données qui seront présentées sont des résultats préliminaires.

THE POLITICS OF PRIORITIES: MATERNAL AND CHILD HEALTH AND THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU

Birn, Anne-Emanuelle. New School for Social Research, U.S.A.

The priorities and activities of international health organizations have historically been determined at the metropolitan level, or by a confluence of central and regional interests. Early 20th century campaigns against yellow fever, cholera, and other epidemic diseases are an example of this arrangement, where the threat to international commerce was of far greater importance in guiding actions than was local epidemiological reality. The case of maternal and child health and the Pan American Sanitary Bureau (PASB) demonstrates an opposing phenomenon. The objective of this paper is to demonstrate that, rather than generating interest and actions in maternal and child health in Latin America, the PASB was repeatedly pressed for support in this area before finally responding to demands. This paper discusses the history of maternal and child health in the Pan American context from the 1910s through the late 1940s. First, it examines how and why maternal and child health emerged as a concern -- not only to public health practitioners but to society at large. Cultural predisposition to maternal and child health efforts will be explored, together with Latin American "mother-feminism" and the widespread support for the puericulture movement. Discussion then turns to the pressure applied by Southern Cone and other countries upon the PASB to pay attention to maternal and child health and the reasons for the organization's initial resistance to act. Finally, the paper analyzes the PASB's first steps in maternal and child health. This historical examination of the politics of defining priorities in international health has particular relevance today, as international organizations increasingly set health reform agendas in underdeveloped countries.

SOLUCION DE REHIDRATACION ORAL BASADA EN HARINA DE PLATANO. UN CASO DE DIALOGO DE SABERES EN COLOMBIA

Arias V., Maria Mercedes, Alcaraz L., Gloria, Bernal P., Carlos, González E., Germán. U. de Antioquia, Colombia.

Se trata de un diálogo de saberes entre el saber comunitario que argumenta cómo las preparaciones a base de plátano disminuyen la diarrea en los niños que la padecen y el saber científico que retomando esta práctica cultural, busca a partir del plátano una solución de rehidratación oral. El estudio clínico experimental arrojó resultados excelentes, por lo cual el suero a base de harina de plátano constituye una alternativa para las comunidades indígenas, afrocolombianas y mestizas de Colombia, en las cuales el plátano es el alimento principal. En los pueblos indígenas de Colombia las tasas de mortalidad infantil son superiores a 100 X 1.000 nacidos vivos, uno de los determinantes de la mortalidad es la deshidratación a causa de la enfermedad diarreica. Téngase en cuenta que las soluciones estándar no cubren la totalidad de las comunidades mencionadas por inaccesibilidad geográfica o porque se considera una solución "fria" en relación al sistema frío caliente de la medicina tradicional. Este diálogo de saberes hace un aporte para la prevención y tratamiento de la deshidratación en cuanto genera tecnología médica alternativa.

LA REPRODUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES A TRAVÉS DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO.

Mirian Balestrini A. Universidad Simón Rodríguez, Venezuela.

El presente trabajo tiene como propósito esencial, analizar en las circunstancias actuales de profunda crisis regional, la reproducción de las desigualdades sociales a través del modelo médico hegemónico. Por cuanto, una de las dimensiones fundamentales en la vida del hombre perversamente incide por la crisis que afecta a un conjunto de países, y por las leyes del liberalismo económico, lo constituye el espacio de la salud. Habida cuenta, que espacio médico en tanto producto social, se encuentra marcado por la racionalidad instrumental dominante, expresada en la globalización de la vida económica y por las condiciones de producción y reproducción de las relaciones políticas, económicas y socioculturales de la sociedad de referencia. Es precisamente en el campo de la salud, donde la iniquidad existente en el orden societal, se muestra de manera extrema, tocando de forma injusta lo relativo al derecho a la vida de millones de Latinoamericanos en situación de pobreza. En la medida, que la satisfacción de estas necesidades están inmersas dentro de los mecanismos de reproducción de las desigualdades del orden social, además de constituirse en una relación económica, altamente lucrativa, costosa y especulativa, donde la enfermedad del hombre es vista y asumida como una mercancía de consumo industrial, comercial e individual, por todos los sectores que participan en el espectáculo de la curación en el siglo XX; y en este sentido, esta sujeta a la libre concurrencia que pauta el mercado de productores y consumidores; o lo que es igual al juego de la oferta y la demanda.

SOCIAL INEQUALITY :GENDER DISCRIMINATION WOMEN'S HEALTH AND HEALTH POLICY IN INDIA.

Mathur, INDU, University of Rajasthan, India.

Structure of society and the hierarchical position of genders has a clear bearing on the state of their health. Disease burden per thousand population in India is much more on women than men. In all other countries including Sub-Saharan Africa (World Bank; 1993) males have a higher burden of disease than females. Medical technology traditional as well as modern - has been unkind on women, may it be castration as remedy for ailments or amniocentesis used for sex determination of foetus Female foeticide, infanticide and deaths during child-birth and reflexions of lower status of women in society. The sex ratio of 929 women for 1000 males (census:1991) in the country tells the tale of women's life chances. Responsibility of woman in the reproductive process is over estimated. Most of the family planning schemes the Government are women oriented. In the above background the paper reviews the present situation of women's health and the existing health policies. An alternative model for health policy with focus on gender equality has been worked out.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO A NIVEL LOCAL

Mora Mata, Geovanna. Ministerio de Salud, Costa Rica.

La falta de inclusión en los sistemas nacionales de salud de la perspectiva de género limita un conocimiento real de las condiciones de vida y de la situación de salud de hombres y mujeres. El estudio realizado pretendió:

- Promover la incorporación formal del enfoque de género en el análisis de situación de salud a nivel local.
- Revisar, readecuar y validar instrumentos con el propósito señalado en el ítem anterior.
- Brindar elementos teorico-prácticos sobre género y salud a personal de salud y representantes de la comunidad.
- Proponer el instrumental requerido para incorporar la perspectiva de género en los sistemas de información y vigilancia de la salud a nivel local.

Esta presentación incluye el proceso de investigación, los resultados de las encuestas a grupos organizados de la comunidad, prestatarios y usuarios, recomendaciones para futuras investigaciones, los indicadores propuestos para los sistemas de información y de vigilancia de la salud y los problemas, necesidades y respuestas sociales de acuerdo a los resultados de las encuestas.

DOMESTIC COOKING SKILLS AND THE HEALTH OF NATIONS

Stitt, Sean, Liverpool John Moores' University, Britain.

The massive increase in the consumption of mass produced, processed, fast foods has been facilitated by the radical decline in cooking skills offered in schools throughout the developed world. And this de-skilling process completes the circle by encouraging the drift towards eating factory-produced foods which are, in general, far less healthy and much more costly than domestically produced foods. This paper aims to portray an international perspective which compares the nature and extent of cooking/food skills in the education systems of various countries - Britain, Finland, Ireland, Israel, South Africa, Germany, Iceland, New Zealand etc. - and the relationship between this and the diet and health of the nations. The material for the paper has been gathered by the author in visits to the participating nations and holding discussions with health experts, nutritionists, home economists, educationalists, seeking critical analyzes and examining existing data on eating patterns and trends and health indicators. The results will show that, in those countries where cooking skills retain a high degree of importance, consumption of industrially-produced foods has been controlled and the diet and health of the nation is comparatively and relatively superior *viz-a-viz* those nations where cooking skills have declined and in these countries, consumption of mass-produced, processed foods has continued to increase, with consequential damage to the diet and health of the nations. The context for discussing the conclusions of this research focusses on the role and interests of industry and commerce in determining the content of schools' curricula and the detrimental effect this has on healthy eating patterns. The paper argues for domestic cooking skills to be CORE components of the education of young people in order to protect the health of nations.

L'ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES AU QUÉBEC

Doré, Suzanne, Ruel Jean-François. Office des personnes handicapées du Québec, Canada.

En se dotant en 1984 d'une politique gouvernementale multisectorielle, la société québécoise démontrait sa volonté de favoriser, par des mesures concertées, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. Quelle est la situation actuelle de l'intégration sociale, comment cette situation évoluera-t-elle au cours des prochaines années et quels moyens devront être mis en place pour la soutenir adéquatement? Pour répondre à ces questions, le gouvernement du Québec a confié à l'Office des personnes handicapées du Québec le mandat «d'assurer l'évaluation des progrès réalisés dans l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées, d'identifier les obstacles à l'intégration, de faire des recommandations pour éliminer ces obstacles et d'en faire rapport au ministre» (Gouvernement du Québec, Conseil des ministres, décision #93-024). Pour assumer ce nouveau mandat, l'Office a développé un programme continu d'activités évaluatives, dont le contenu a fait l'objet d'une vaste consultation auprès de ses partenaires. L'atelier permettra de faire connaître le cadre théorique et l'approche d'évaluation qui encadreront la réalisation des activités évaluatives de même que les principaux produits qui en découleront. On y présentera également les mécanismes de partenariat qui ont été mis en place pour favoriser l'échange d'informations, la validation des travaux de même que la préparation et le suivi des recommandations.

LES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS ET LA PARTICIPATION SOCIALE: ANALYSE DU ROLES DES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

Bolduc, Mario, Fougereyrollas, P., Boucher, N., CQCIDIH, CANADA

La réalité des conséquences liées aux maladies et traumatismes entraînant des incapacités, occupe depuis un demi-siècle, une place sans cesse croissante dans la gestion des sociétés. Dans ce domaine des politiques de santé, la publication, par l'OMS en 1980, de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, (CIDIH) constitue une étape charnière. Ce cadre conceptuel introduit pour la première fois la distinction entre les conséquences organiques, fonctionnelles et surtout sociales des maladies et traumatismes. Malgré les améliorations, les expérimentations de la CIDIH ont également révélé des limites dont la linéarité et l'absence de la dimension environnementale au sein du modèle conceptuel. Depuis, de nombreuses améliorations ont été proposées afin d'introduire les caractéristiques environnementales. Résultant des travaux du comité québécois de la CIDIH, cette communication présente un modèle conceptuel basé sur l'interaction personne/environnement. Il décrit le handicap comme un résultat situationnel découlant de l'interaction entre d'une part, les déficiences et incapacités d'une personne et d'autre part, les facteurs environnementaux, lesquels agissent tantôt comme obstacles tantôt comme "facilitateurs" de la participation sociale des personnes ayant des incapacités.

POLITICAS PARA LA SALUD DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS EN COLOMBIA

Gaitán, Orlando; Rosselli, Diego; Quevedo, Emilio. Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud de Colombia.

En Colombia habitan cerca de 630,000 indígenas, agrupados en 84 etnias, que representan cerca del 2% de la población colombiana. Apoyados en la Constitución Nacional de 1991 que reconoce el carácter pluricultural del país, y la Ley 100 de 1993 que pretende una cobertura universal, el Ministerio de Salud viene desarrollando las siguientes acciones durante el periodo 1994 -1998: a) conformación de un grupo central encargado del diseño de políticas, estrategias y programas de salud para comunidades indígenas y de la creación de mecanismos para su ejecución; b) apoyo a la educación de jóvenes indígenas en medicina tradicional; c) adecuación de los centros de salud a sus particularidades socioculturales y capacitación de promotores indígenas; d) conformación y capacitación de grupos extramurales permanentes para la atención a las comunidades dispersas, en coordinación con los médicos tradicionales; e) diseño de mecanismos para la atención gratuita de los pacientes indígenas en instituciones de salud de segundo y tercer nivel; f) capacitación a las comunidades indígenas para el control y vigilancia de los recursos destinados a su atención en salud; y g) afiliación de toda la población indígena al Régimen Subsidiado de Salud. Se discutirán los logros y las dificultades políticas, económicas, administrativas y socioculturales del proceso.

ACCESS TO CARE AMONG AFRICAN AMERICAN AND WHITE WOMEN: IMPLICATIONS FOR HEALTH POLICY.

Anderson, Kay, Horm, J. National Center for Health Statistics, United States

Access to medical care continues to be a major problem for African American women in the United States. One of the most glaring disparities is in reproductive health where African American women experience higher birth rates than white women but are less likely to get prenatal care. Further, African American women are more likely to suffer from several chronic conditions such as overweight, hypertension, and diabetes, all of which require consistent health care monitoring. Using a nationally representative sample, this study will examine the differences between white and African American women in their access to care. Data come from the 1992 National Health Interview Survey. Using logistic regression models we found low income and unemployment are important determinants of insurance coverage and, insurance coverage is a strong predictor of having a usual source of care. African American women are much less likely to have private health insurance coverage and over three and a half times as likely to have publicly-funded coverage. White women are significantly more likely to visit a physician for their usual source of care while African American women are more than two and a half times as likely to use a clinic. Regardless of the place for care, African American women face longer travel times to the facility. As one might predict, African American women are less likely than white women to report their health status as excellent or very good. African American women in the United States appear to be disproportionately vulnerable for facing obstacles in accessing medical care. Special attention should be directed to this group when debating health care policy.

PROMOTION OF HEART HEALTH AMONG THE CHILDREN IN A MULTIETHNIC LOW-INCOME NEIGHBORHOOD IN MONTREAL

Renaud Lise, O'Loughlin J, Beaudet N, Bourgeois A, Chevalier S, Dufour R, Ouellet D.

Direction de la Santé Publique de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Canada

A multifactorial community based health promotion program has been developed for children aged 9 to 12 attending schools in a low income and multiethnic area, located in downtown Montreal. This program is part of a 6-year nation-wide heart health research and demonstration project sponsored through a bilateral agreement between federal and provincial health ministries. The program which operates in schools as well as in the community (42,000 population) is based on several psychosocial theoretical models and the Ottawa Health Promotion Charter. The program pursues two broad goals: 1) mobilizing the community to promote health among children aged 9 to 12 and 2) encouraging children to adopt and maintain healthy lifestyles (no smoking, healthy eating habits and regular physical activity) through the acquisition of social and personal skills. In order to achieve these goals, the program developed activities in five inter-related fields: community action, public health policies, supportive environments, health services and personal skills. Our presentation describes the overall content of the program, the interface between the different level of intervention: ministry public health department and the local organizations, and it discusses our preoccupation with program sustainability.

"SUBEMPLEO Y EXPLOTACION DE LOS NIÑOS DE LA CALLE, EN LA CIUDAD DE ZACATECAS, MEXICO"

M.C.D Jesús Rivas Gutiérrez, M.S.P., M.C.D. Flores Bueno M. Facultad de Odontología, U. A. Z., México.

Indice de subempleo y grado de explotación de los niños de la calle. Este es un tópico que últimamente ha cobrado un gran interés para muchas personas y autoridades, nosotros nos hemos propuesto investigar que se esta haciendo y como, para mejorar su tipo y calidad de vida y plantear conjuntamente propuestas de solución para mejorar su desarrollo y salud.

Es bastante conocido que uno de los principales factores sociales que los orillan a que se dediquen al subempleo y a parásitar en la sociedad es la disgregación familiar entre otros, pero, también es importante analizar por que se da esta desintegración. Se ha podido comprobar con investigaciones generales, que la perdida de la identidad familiar como base de la sociedad misma conlleva a los menores a una preparación inadecuada para enfrentar un futuro inmediato plagado de desafíos y cambios drásticos en el país, produciendo con esto una fragmentación y un desarrollo inadecuado bio-psico-social. Según fuentes oficiales (INEGI) existe un millón trescientos mil niños que son subempleados, por su parte, el PRONASOL reconoce que el 46 % de los menores de 15 años carecen de condiciones adecuadas para el desarrollo óptimo de su vida, por consiguiente, no corresponde a nosotros, población, autoridades y gobernantes proponer, desarrollar y vigilar todas las alternativas que sean posibles para solucionar este problema tan grave, sin olvidar que, planeación sin bases, es igual a malos resultados en la solución de problemas.

PERSPECTIVES LONGITUDINALES CONCERNANT LA RELATION AU PÈRE ET LES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS.

Tremblay, Gilles, Tremblay, R.E. et Saucier, J.F., GRIP, U. de Montréal, Canada.

L'absence du père ou la faiblesse du rôle exercé par celui-ci est considérée par certains auteurs comme l'un des principaux facteurs explicatifs des désordres de conduite ou d'autres psychopathologies. Au niveau empirique, les études sur le rôle du père se font rares. Nous avons tenté de combler ce vide en analysant des données du Groupe de Recherche sur l'Inadaptation Psycho-sociale chez l'enfant (GRIP) prises à 8-9 ans, 10-11 ans et 14-15 ans auprès de garçons présentant des problèmes de comportements perturbateurs de la maternelle à l'adolescence et en les comparant à un groupe de garçons aux comportements non perturbateurs. Nous nous sommes centrés sur la perception que les garçons ont développé de la relations avec leurs parents aux trois temps à l'aide du *Parental Bonding Instrument* (Parker, Tupling et Brown, 1979) et du *Role Behaviour Test* (Foa et Foa, 1974). Notre exposé portera sur la relation au père telle que le jeune la perçoit en la comparant à sa perception de sa relation avec sa mère.

VERS UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE AUTOUR DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE.

Madame Myriam SOMMER, Office de la Naissance et de l'Enfance - Belgique.

Créé en 1919, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (qui s'appelait à l'époque Oeuvre Nationale de l'Enfance) possède une longue tradition dans le domaine de la protection de la mère et du jeune enfant.

Cette mission essentiellement préventive s'est développée au départ de deux secteurs: le secteur des consultations pour les futures mères et les jeunes enfants et le secteur de l'accueil des enfants.

Il n'existe en Belgique aucune contrainte légale ou réglementaire en matière de prévention de la santé. La législation systématise le principe de liberté subsidiée qui oblige l'ONE à agréer et à financer les « oeuvres » qui satisfont aux normes établies. La communication porte sur la comparaison entre l'approche qui a été à l'origine de l'institution et celle qui est actuellement projetée dans le cadre d'une réforme. Cette comparaison s'effectue au départ de concepts clefs qui seront illustrés à travers différents exemples concrets et chiffrés.

La politique actuelle se caractérise à la fois par un changement radical et une grande continuité.

Le changement se marque à plusieurs niveaux :

- une approche Santé Publique reposant sur des objectifs prioritaires et le recours à une évaluation au départ d'indicateurs sociaux et sanitaires;
- un travail organisé sur base de secteurs géographiques avec des équipes pluridisciplinaires.

La continuité se manifeste notamment par une volonté de s'appuyer sur une politique de santé dans laquelle social et santé sont indissociables, un souci de maintenir des services universels (qui s'adressent à tous) et enfin dans le maintien au sein d'un même organisme des compétences de prévention de la santé et d'accueil des jeunes enfants.

La politique de Santé Publique qui se met en place traduit une volonté d'adaptation aux besoins nouveaux, tout en utilisant au maximum les ressources disponibles et en ayant recours à une évaluation objective mettant en évidence les effets et les limites d'une politique de prévention.

PERCEPCION DE LA SALUD Y UTILIZACION DE SERVICIOS SANITARIOS SEGUN EL GENERO EN CATALUÑA (ESPAÑA). ESCA 1994.

Segura, Andreu, Badia, Xavier. Schiaffino, Anna y el grupo de trabajo ESCA. Institut de Salut Pública (ISP) y Servei Català de la Salut (SCS). Barcelona. España.

Con el propósito de obtener información complementaria para la revisión del Plan de Salud de Cataluña, se ha llevado a cabo una encuesta de salud por entrevista (ESCA) a una muestra representativa de 15000 personas residentes en Cataluña, cuya población total es de unos seis millones de personas. Uno de los principales objetivos del estudio es el análisis de las diferencias en la percepción de la salud y la utilización de servicios sanitarios según el género. Los resultados correspondientes a las 12245 personas mayores de 15 años, de las cuales 6604 (53,9%) eran mujeres, muestran sistemáticamente una peor valoración del estado de salud, medido mediante tres tipos de variables: según autovaloración subjetiva en cinco categorías; según una escala analógica visual de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud) y según cada una de las cinco dimensiones de calidad de vida asociada a la salud del indicador Euroqol. Esta valoración se mantiene, en general, cuando se ajusta por grupos de edad, por nivel de estudios, por nivel de renta familiar y por clase social. La utilización de servicios sanitarios extrahospitalarios es mayor por parte de las personas del género femenino, pero no así la frecuentación hospitalaria. Se discute el significado de la percepción de salud y la accesibilidad diferencial de los servicios sanitarios y se sugiere el papel de elementos culturales y laborales como explicación de los distintos patrones de consumo de servicios según el género.

POLICIES FOR USER-CENTRED PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPLORATION OF WOMEN'S VIEWS AND PARTICIPATION.

Fiona Brooks, Courtney, L. Health Research Institute, Sheffield Hallam University, UK.

The World Health Organisation has called for health policies which promote and facilitate the creation of services based on primary health care. Women represent an important user group for involvement in the primary health care process both numerically and as a result of their role in health production within both the public and private domains. The findings discussed in this paper are derived from an ongoing research project which aims to develop an understanding of women's primary health care needs. The material presented is drawn from 3 000 postal questionnaires and 210 qualitative interviews conducted with women users and health workers. In addition detailed observational work has been undertaken on women's health groups. Women's primary health care needs are examined both from the perspective of women users and health workers. A particular focus is a consideration of the impact of innovative developments. The paper concludes by suggesting a model for the delivery of health information and preventive services which would be appropriate to meet women's health needs and requirements, including a discussion of the ways that health policies could be constructed to enhance women users' active participation within the delivery of primary health care.

BEYOND THE SPOTLIGHT, STRENGTHS AND WEAKNESSES OF CANADA'S HEALTH POLICIES FOR WOMEN

Riutort, Monica, Women's College Hospital

In as much as Canada has health policies for women, these policies spotlight medical definitions of health, particularly of reproductive health. In recent years renewed attention has been paid to health policy for women. In part, the attention has come as a response to demands from women's health movement.

This paper will look at the relationship between medical models and the existing women's health policy in Canada and will suggest ways of integrating the determinants of health, which address women's health within the social context of their lives, into new policy for women's health.

FEMMES ET SANTE EN ALGERIE

Pr OUFRIHA FATIMA

- 1/ En Algérie les femmes participent fortement à la production de l'état de santé : - de façon explicite suite à la féminisation massive des professionnels de soins: 50,2% des médecins, 65% des pharmaciens et 61% des chirurgiens dentistes des secteurs sanitaires, pour certains ce taux atteint 80%, mais uniquement 39% des professions paramédicales. - de façon implicite et informelle: rôle joué dans la prise en charge de malades y compris hospitalisés.
- 2/ Un ensemble de choix explicites et implicites, le fonctionnement concret des institutions sanitaires se font au détriment de la santé des femmes dont la mortalité maternelle reste trop élevée et représente le 1/3 de la mortalité féminine, malgré des dépenses par habitant très élevées (166\$). - Suite à la persistance d'une forte fécondité, à la faiblesse du niveau et du contenu de l'éducation, à la mauvaise organisation des services d'accouchement trop centrés sur l'hôpital et à la faiblesse quantitative et qualitative des sages-femmes. Alors que les malades lourds se sont organisés en lobbies de pression pour être pris en charge totalement, le mouvement féministe (trop) polarisé sur le statut personnel n'incorpore pas de revendications spécifiques à la santé des femmes. D'où la nécessité d'une prise en charge active de la dimension "femmes" dans une politique de santé publique qui ne doit pas être polarisée par les soins les plus visibles.

Expériences de grossesse et d'accouchement. Les perceptions médicales et populaires de prévention en milieu peulh guinéen.

Barry, M.C., U. de Montréal, Canada.

La présente communication est la synthèse d'une recherche exploratoire qui veut démontrer que les perceptions de l'entourage influencent les comportements des femmes pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Or, ces perceptions populaires culturellement fondées entrent partiellement en conflit avec les perceptions d'inspiration médicale portées par les intervenants en santé maternelle.

Cette recherche qui se situe dans le champ de la sociologie de la santé a, en partie, pour cadre théorique de base les concepts de "therapy managing group" de Janzen (1978), les modèles de "systèmes de soins de santé" de Kleinman (1980, 1984) et celui de "réseau social" de Pescosolido (1991, 1994). Elle repose enfin sur des entrevues effectuées auprès de femmes primipares, de quelques membres de leur entourage, de médecins, de sages-femmes, de matrones et d'accoucheuses villageoises.

RECONSTRUCCION SOCIAL DE LA SUBJETIVIDAD EN SALUD COMUNITARIA

Rodríguez, Francisco
Universidad de Oriente, Venezuela.

El cambio de actitudes, con respecto al proceso salud-enfermedad, que no favorecen la participación activa del sujeto común en este campo, constituye un problema cardinal para las ciencias sociales aplicadas a la salud pública. A través de un proceso de reconscientización crítica de las relaciones que el sujeto común tiene con diversos objetos en salud, podemos esperar cambios significativos no sólo en el modo concreto de producción de esas relaciones a partir del sujeto mismo, sino también en el modo como éste gestionará su propia salud. Se tomó un grupo de mujeres (30) de una comunidad popular venezolana y se les sometió a un proceso de confrontación crítica intensa con sus representaciones en cinco (5) áreas estratégicamente importantes para el estudio: a) cuerpo, b) salud-enfermedad, c) rol de médico, d) rol de paciente, e) inserción del sí mismo en el proceso salud-enfermedad, haciendo énfasis en la prevención primaria y secundaria. Se trabajó en el ámbito específico del cáncer de cuello uterino y después de cuatro sesiones se observó que se habían producido cambios significativos en las representaciones con respecto a las cinco áreas señaladas, pero sobremanera en las actitudes relacionadas con el modo de participación del sujeto en el proceso de prevención.

BIOLOGIC INDICATORS IN THE SURVEILLANCE OF THE WORKER'S HEALTH

AUGUSTO, Lia G.S. (*); SOUZA, C.A.; LIEBER, S.R. - (*)
C.Pq. Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ-Pernambuco, Brasil

It is need to have the understanding of that the effect and exposition monitoring mean to the surveillance of the workers's health. Health is more complex than of that the knowledge of each one discipline used for its evaluation. The utilization of the biologic and environmental indicators (endpoints, thresholds) only are ethically sustained if are integrated in the interdisciplinary program of the collective and systemic view with the participation of the persons exposed (or potentially) and if the effects will be so much early that permit the complete repair of the damage, including the cellular and molecular structures. This paper looks at the results a survey conducted on 85 workers exposed by organochlorinated substances in a chemical industry in Cubatão city, toward of the toxicologic, citogenetic, epidemiologic and clinical approach. The study shows that the organochlorinated substances stayed in the human organisms by long time after the exposition stopped, there is a positive correlation with the plasmatic concentration of organochlorinateds with the total labor time, the genotoxic effect is not correlated by of the time exposition and the clinical syndrome is characterized by neuropsychologic and hypersensitivity over there the fat liver in the large part of the persons surveied. The production of this industry was stopped by the judicial decision, in 1993. This process was supported by this study.

AU DELÀ DES NORMES: L'IMPORTANCE D'UN REGARD GLOBAL POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES DANS LES EMPLOIS DES FEMMES

Seifert Ana Maria, Messing K., Dumais L.
CINBIOSE-Université de Québec à Montréal, Canada

Trois recherches participatives ont été réalisées en partenariat avec des comités de condition féminine des centrales syndicales. L'objectif était de caractériser les conditions de travail et leurs effets sur la santé dans des emplois majoritairement féminins: enseignantes de primaire, caissières de banque et travailleuses de bureau. Des entrevues collectives, individuelles et des observations ont été effectuées. Un questionnaire a été répondu par 305 caissières. Un constat commun à ces groupes d'emploi émerge: la sous-estimation de la charge physique, mentale et émotive. Un exemple des problèmes physiques est la prévalence des douleurs entraînées par la posture debout, chez les enseignantes et les caissières. Les travailleuses sont en interface entre l'institution et les usagers et essayent de pallier les déficiences du système en augmentant leur rythme de travail et leur charge mentale et émotive. L'existence des normes minimales peut favoriser l'amélioration de certains aspects mais ne suffit pas car tous ces problèmes ne prennent leur véritable sens que s'ils sont vus dans leur ensemble à travers l'activité réelle de travail. Par exemple, pour une enseignante les difficultés de régulation de température de son local entraînent des conséquences importantes en termes de difficulté à contrôler les élèves et donc de stress. Chez les caissières, la pression pour vendre des produits bancaires provoque une concurrence qui perturbe la cohésion du groupe de travail. Cohésion qui joue un rôle majeur dans le soutien collectif face aux conséquences des vols de banque. Les problèmes documentés ont des conséquences importantes sur le bien-être des travailleuses, mais malgré leur importance ne font pas partie des programmes de prévention.

HEALTH AND SAFETY IN WOMEN'S WORK: THE CASE OF HOMECARE WORKERS

Denton, Margaret, Zeytinoglu, I.U., Barber, K., and Pringle, P., McMaster Research Centre for the Promotion of Women's Health, McMaster University, Hamilton ON Canada

The objective of this paper is to discuss health and safety issues in female dominated homecare work from the voices of the workers themselves. The research is guided by a Steering Committee consisting of a group of female managers from three community based health and social service agencies, and academic investigators. The female managers were interested in promoting their own and their employees health by creating healthy work environments. Using participatory action research methodology, the paper discussed the health and safety issues from the view of women workers. Policy implications are discussed.

L'INTERACTION ENTRE SCIENCES ET DROIT DANS LA DÉFINITION DU RISQUE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Demers, Diane Louise. Université du Québec à Montréal, Canada.

En matière de prévention en santé dans le secteur du travail, le législateur québécois a privilégié une approche à paramètres et à dimensions variables relativement à la définition du risque. Nous illustrerons cet énoncé en dressant un portrait comparatif entre deux droits reconnus aux travailleur(euse)s: le droit de refus et le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte. Nous verrons, à travers ces exemples, que le concept juridique du risque constitue une norme floue qui propose essentiellement des énoncés de principes qui doivent être appliqués en les adaptant à chaque situation de faits dans le domaine de la prévention en matière de santé et de sécurité du travail. L'interprétation du droit doit ici composer avec la compréhension des faits pour construire la réalité juridique et atteindre les finalités législatives qui sont d'assurer la protection des travailleur(euse)s confronté(e)s par un danger. Cette protection s'articule autour de l'intervention de spécialistes en santé, en hygiène industrielle ou en sécurité du travail qui fournissent au droit les assises de la définition du risque. Il existe donc une dynamique interactive et interreliée, privilégiée par le législateur, entre le droit et les faits dans la construction de la réalité juridique du risque. Il y a lieu de s'interroger sur cette dynamique, d'autant plus que les arguments nécessaires au développement de l'expertise sont rarement disponibles aux travailleurs. De plus, il faut ajouter à cette problématique que l'approche du législateur fait reposer, sur cette expertise, les choix politiques de fixation des limites du risque; en d'autres termes, et sans préjuger de l'orientation de ces expertises, il faut constater, qu'en matière de santé au travail, les politiques sociales de l'État sont coordonnées par les possibilités et les résultats de la recherche et du développement scientifique propre à chaque secteur du monde du travail.

LA GROSSESSE EN MILIEU DE TRAVAIL : UN DÉFI POUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Malenfant, R., Équipe de recherche sur les Impacts sociaux et psychologiques du travail, Centre de santé publique de Québec, Canada.

Dans la foulée de la réforme de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le Gouvernement du Québec instaurait, au début des années '80, un droit de retrait préventif pour les femmes enceintes travaillant dans des conditions présentant un danger pour leur santé ou celle de l'enfant à naître. L'objectif visé par la Loi est de permettre aux femmes enceintes de continuer à travailler durant leur grossesse en les soustrayant aux tâches ou aux postes de travail considérés à risque. La mise en application de ce droit a suscité de vifs débats autour du devoir et de la capacité des entreprises à prendre en compte le vie reproductive des femmes à l'intérieur même du processus de production. À partir de travaux de doctorat décrivant le contexte sociohistorique de l'instauration du droit de retrait préventif québécois, de l'évolution de son utilisation et de la position des acteurs sociaux impliqués dans ce processus et à partir d'une recherche en cours basée sur des récits d'expérience de travailleuses enceintes, nous ferons ressortir les obstacles et les incitatifs au maintien en emploi durant la grossesse en analysant les forces et les faiblesses d'une politique devant, en principe, favoriser la conciliation et les conditions pratiques dans lesquelles s'actualisent les principes qui sous-tendent ce droit.

CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN EL MAGISTERIO DEL ECUADOR

Betancourt, Oscar. Universidad Central del Ecuador, Ecuador.

En América Latina se han realizado pocos estudios sobre las condiciones de trabajo y salud de docentes de las escuelas primarias. Por la escasa bibliografía que se dispone, se conoce de las alteraciones en la esfera mental, de la voz y del aparato circulatorio, sin embargo, existen muchos vacíos en el conocimiento que permitan una visión más amplia de las condiciones en que trabaja el maestro y la manera como esas condiciones afectan a la salud y a la educación de los niños. La investigación realizada de manera conjunta entre la Universidad, el CENAISE y la Unión Nacional de Educadores en 250 escuelas y dos mil maestros/as ha permitido obtener una rica información que puede ser de mucha utilidad en la planificación y ejecución de actividades sanitarias tendientes a proteger a un amplio sector de la población ecuatoriana.

El estudio da cuenta de las condiciones físicas de las escuelas, de los riesgos y de los múltiples problemas de salud que sufren los/as maestros/as. Se considera no solo los detalles del proceso laboral docente sino también aspectos relacionados con la vida y organización de este grupo.

INTERSECTORAL COLLABORATION AND QUALITY OF LIFE IN AN INNER CITY AREA OF HAMBURG

Trojan, Alf, University of Hamburg

Main principles of health promotion have been established in the Ottawa Charter which can be considered as a general program for health promotion. One of the Ottawa Charter's objectives, i.e. improving general living conditions in order to provide more quality of life is equally to be found in programs of town planning and urban renewal. Looking at the nearly identical general goals of the policy sectors "health" and "urban renewal" questions arise, to what degree intersectoral collaboration is practiced and which favourable and unfavourable factors for the implementation of intersectoral collaboration can be identified. In a research project (1992-1995) we studied the two major actors in a town quarter of Hamburg-Altona, i.e. the "Renewal Committee" and the local Health Authorities. Methods used were participant observation, documentary analysis and expert interviews. Results show that intersectoral collaboration for more quality of life did not exist in the researched area. The restraints for both actors will be presented and discussed. Finally we will present some conclusions relating to the necessary prerequisites for implementing intersectoral collaboration in health promotion.

INTERSECTORAL COLLABORATION IN THE HEALTHY SHEFFIELD FRAMEWORK

Featon, Jane, Sheffield Hallam University, UK

As one of the principles of Health for All (HFA), intersectoral collaboration (ISC) is regarded as a prerequisite for the development of Healthy Public Policy. The WHO *Healthy Cities* initiative was intended to provide a vehicle for testing the application of the HFA principles at the local level and Healthy Sheffield - although not a WHO designated Healthy City - has adopted the HFA principles and developed inter-agency strategic planning mechanisms. Established on a funded basis in 1988, Healthy Sheffield have carried out a city-wide consultation exercise, the findings of which have informed a city health plan - the *Framework for Action*.

This paper draws upon the findings of a qualitative, case study evaluation of ISC within the Healthy Sheffield framework. A combination of methods were used, including participant observation and in-depth interviews, in order to identify problems and opportunities for ISC in a Healthy City context. Actors' perceptions of HFA, the structural framework of Healthy Sheffield and the (contextual) significance of UK central government health policy as well as the local situation, have been analysed in relation to the development of collaborative, intersectoral health policy in Sheffield.

EDUCACIÓN AMBIENTAL: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES.

José Leonardo González, ALAMES- VENEZUELA.

Como es sabido, el crecimiento acelerado de la población en centros urbanos, sin tomar en cuenta las características ambientales del área, ha dado lugar a ciudades con grandes problemas ambientales; observándose no sólo en el espacio natural, sino también en las condiciones de vida de los habitantes. A medida que los grupos sociales han ido creciendo, han aumentado sus necesidades, lo que los ha obligado a la intervención de diferentes elementos del ambiente sin una visión de conservación, sino por el contrario de manera irracional, generando los llamados *problemas ambientales*. Las causas fundamentales de estos son; el desconocimiento de las relaciones de interdependencia existentes entre los elementos que conforman el sistema natural; las conveniencias económicas, sociales y políticas, de los diferentes grupos humanos y la falta de alternativas económicas y sociales de esos grupos. consecuentemente, muchos de los problemas de salud que afecta a los pobladores de las comunidades están vinculados directamente al uso que éstos hacen del ambiente que los rodean. Es por ello, que la Dirección de Salud de la Alcaldía de Caracas, en el marco de la *Promoción de la salud y el fortalecimiento de la organización comunitaria*, generó como estrategia el programa de Educación Ambiental para privilegiar acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y a la toma de conciencia sobre la defensa del derecho a la salud. Este proyecto se desarrolla en una barriada de la ciudad capital, partiendo del conocimiento por parte de los habitantes de su problemática, y de la necesidad de negociar con diferentes instituciones del Estado a fin de dar respuestas.

ANNULÉ

LAS REPRESENTACIONES MÉDICAS SOBRE EL RIESGO EN LA CONSTRUCCION SOCIAL DEL COMPLEJO VIH-SIDA.

Santiago Wallace. Programa de Antropología y Salud. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Se sintetizan resultados parciales de un programa de investigación sobre construcción social y hegemonía en su aplicación al complejo VIH-Sida centrado en el análisis de las representaciones médicas. La metodología utilizada es básicamente cualitativa: entrevistas estructuradas en profundidad aplicadas a más de 30 médicos de distintas especialidades y niveles de responsabilidad con el problema tratado y que laboran en instituciones públicas de salud en las ciudades de Buenos Aires y La Plata y en el Gran Buenos Aires. En particular se intentan establecer los principales ejes conceptuales del enfoque epidemiológico de riesgo. En función de ello se analizan los procesos de elaboración de y focalización en 'poblaciones expuestas' o 'vulnerables' en oposición a una "población general". Ello permite profundizar en los supuestos del modelo biomédico dominante y en los fenómenos de responsabilización/culpabilización de sujetos y prácticas sociales. Simultáneamente, el análisis de la articulación con la noción de "estilos de vida" muestra la producción de una homogeneización comportamental que borra las diferencias intersubjetivas, de género, clase, residencia, etc, reforzando las bases biologicistas y cultural-esencialistas de la estigmatización y discriminación social. Se intentará mostrar, también, de qué modo operan los mecanismos ideológicos de normatización y control social definiendo y/u obstaculizando -en el mejor de los casos- las campañas preventivas. Por último, centrando en desarrollos antropológicos críticos, se proponen categorías de análisis que posibiliten destrabar la base prejuiciosa/estigmatizante sobre la que se construyen la mayoría de las representaciones sobre el complejo VIH-sida.

ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

Dr. Santiago Saco Méndez

RESUMEN

Esta es la experiencia de enseñanza teórico-práctica que tiene la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, que comenzó a funcionar en 1980 y de 1993.

Dentro de las bases doctrinales de la enseñanza médica en la Facultad de Medicina Humana, de la UNSAAC se plantea que esta debe estar de acuerdo a la realidad sanitaria de la región y del país.

En las estrategias planteadas de esta enseñanza, se prioriza el aprendizaje en el servicio de salud y el contacto precoz y sostenido de los estudiantes con la realidad de salud de su comunidad.

Se presenta un diagnóstico de la situación de salud de la Región Inka antes del 80 y a la fecha.

Se describe los cursos del área de Salud Pública y Atención Primaria de Salud que se imparten en la Facultad, justificando su inclusión, analizando su contenido y la metodología usada, así como los problemas derivados de su implementación.

Se describe y analiza la forma como la Facultad de Medicina Humana, mediante la integración, docencia, servicio y comunidad, realiza sus actividades comunitarias de salud en los diversos cursos de medicina.

Se hace una descripción de la evolución curricular, de los obstáculos, limitaciones que se tiene en la implementación y realización de las prácticas rurales y de la interferencia del cuerpo médico en el desarrollo de la Salud Pública y la Atención Primaria de Salud.

También se analizan los logros obtenidos, los cambios de actitudes de los estudiantes y profesores en los últimos 14 años.

Se presenta el video "Medicos de Cusco"

"THE CONGRUENCE OF HEALTH AND LIVELIHOOD"

Chirmulay, Deepti and Bhagwat, I.P.

Poverty is said to be the major determinant of health status and health behaviour. But does an improvement in the socio-economic status of families lead to concurrent improvement in their health status and a change in their health behavior? This question was studied by BAIF Development Research Foundation, a non-government organization working to provide sustainable livelihood for the rural poor in India. A total number of 15326 families were studied in 5 states of India. The extent of improvement in health status of families as a result of socio-economic changes was documented and will be presented. The need to promote inter-sectoral co-ordination between the health and development sectors of both government and non-government organisations, and a possible mechanism in the Indian context, has also been considered. The study was sponsored by the International Health Policy Program (IHPP), Washington DC, USA.

Reformas en la atención médica en la Argentina.

Visillac, Enrique; Buchbinder, Marcos. Asociación de Médicos Municipales. Buenos Aires. Argentina.

En la Argentina el gobierno aplicó una política de ajuste que produjo entre otras consecuencias, cambios profundos en el perfil social del país. La tasa de desocupación llegó a niveles únicos en la historia y comparando internacionalmente aquella está entre las más altas del mundo y además aumentó la subocupación y el empleo precario. Se produjo el incremento de la concentración de la riqueza en un sector minoritario de la población y al mismo tiempo el empobrecimiento de la mayoría. Se produjo un proceso de desindustrialización, y empobrecimiento de gran parte de los productores agrarios y de la pequeña y mediana industria. En ese marco existen proyectos en proceso de aplicación que planean la introducción de reformas en la atención de la salud con la aplicación criterios neoliberales. Las dos propuestas más precisas consisten en:

- a) Desregulación de la seguridad social con la introducción de mecanismos de mercado. Estos criterios, de acuerdo a los resultados obtenidos en países donde se aplicaron, incrementarán la inequidad y las penurias de la población para resolver sus problemas de atención médica.
- b) Propuestas de "autogestión" en el sector público que impliquen una tendencia progresiva al autofinanciamiento. Cerrando de esa manera, para muchos sectores de la población, el acceso al último recurso de atención de la salud

POLÍTICAS SOCIALES Y SALUD EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACION

Gerschman, Silvia. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Brasil.

El trabajo sera dividido en tres partes. En la primera parte del mismo seran discutidas las politicas sociales en el contexto de la globalización económica e los "constraints" que hoy pueden observarse en la implementación de politicas sociales y de salud, tanto en los países desarrollados como en aquellos que estan en vias de desarrollo. En una segunda parte del mismo se abordará el estado actual de la politica de salud - denominada de Reforma Sanitaria - en el caso específico de Brasil. Por ultimo serán levantados algunos datos sobre el estado de salud de la población en el Brasil, con el objetivo de establecer relaciones entre el cuadro sanitario que la población presenta y el tratamiento dado a las politicas sociales por los gobiernos en la última década.

Is health reform leading to health for all?

By Cristina Puentes-Markides

The Latin American countries face the challenge of implementing health reform policies while adhering to the basic principles of equity and universality implied in their adherence to the achievement of the Health for All goal in Alma-Ata in 1978.

This paper addresses the issue of the achievement of HFA as an altruistic and visionary goal, in view of the current health reform movements which are requiring profound changes in the structure, organization and values of the current health systems. The paper is based on information gathered by the Office of Analysis and Strategic Planning of the Pan American Health Organization. The author explores some questions regarding the values that sustain HFA (equity, universality, accessibility), exploring some conclusions as to whether those values also sustain the health reform efforts considering the current and future trends that may jeopardize the achievement of HFA.

The implications of the paper relate to: a) the need for greater vision in the health sector; b) emphasize the reform of health as well as health care; c) foster greater participation of stakeholders in the design of health systems that sustain the shared values of the communities; and d) strengthen the application of health policy analyses that include the construction of alternative scenarios to test the policies selected.

LES NOUVEAUX CITOYENS DE LA RÉPUBLIQUE. IMPACT DES POLITIQUES D'INTÉGRATION NATIONALE SUR LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES ISSUES DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES.

Bibeau, Gilles, Rousseau, C., Reichhold, S., Das, K., U. de Montréal, U. McGill, Table de Concertation des Organismes de Montréal au Service des Réfugiés, Institut Interculturel de Montréal, ÉRASME, Canada.

Les politiques du Québec à l'égard des communautés immigrantes installées sur le territoire québécois ont beaucoup fluctué au cours de l'histoire récente, avec trois virages particulièrement marqués, le premier en 1981, le deuxième en 1991 et le troisième en 1996. En insistant principalement sur l'intégration des néo-québécois à la société d'accueil et en affirmant les droits égaux de tous les citoyens, la nouvelle politique entend lutter contre toutes les formes d'exclusion et de discrimination. Cependant les communautés culturelles se sont donné des organisations et des services qui sont nés des dynamiques communautaires locales et qui contribuent à solutionner les problèmes des personnes dans un contexte qui est significatif pour elles. Sur la base d'un examen de l'impact différentiel des politiques de 1981 et de 1991 sur des organisations ethniques communautaires qui travaillent principalement dans le champ de la santé mentale, on dégagera les principales lignes de développement de ces organisations, les modèles d'intervention qu'elles privilégient et les formes d'articulation aux services formels de santé. Des conclusions prospectives porteront sur l'impact anticipé du récent virage du Québec vers des politiques d'inspiration strictement républicaine.

POLITIQUE D'IMMIGRATION ET PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE DES RÉFUGIÉS

Moreau, Sylvie, Rousseau, C., Drapeau, A. Table de Concertation de Montréal pour les Réfugiés, Hôpital Douglas et ÉRASME, Canada.

Les séparations familiales prolongées et l'attente de statut, secondaires aux procédures d'immigration, ont été identifiées comme deux problèmes susceptibles de générer des problèmes de santé mentale chez les réfugiés. Cette recherche vise à approfondir les connaissances au sujet de l'impact de la politique d'immigration et à documenter les facteurs pré et post migratoires qui modulent l'effet de ces politiques chez les réfugiés appartenant à deux groupes culturels contrastés. L'échantillon comprend 113 personnes ayant demandé le statut de réfugié aux frontières, originaires d'Afrique et d'Amérique centrale et latine. Une entrevue semi-structurée a permis de mesurer de façon quantitative et qualitative les variables liées au processus de refuge et à la détresse psychologique. Les résultats démontrent qu'un très haut pourcentage de réfugiés ont vécu des séparations prolongées d'avec leur conjoint ou leurs enfants et que la fréquence des expériences pré-migratoires traumatiques est très élevée. Les résultats suggèrent que les séparations familiales modulent l'impact psychologique des traumatismes vécus par cette population. Les individus ayant vécu les traumatismes personnels les plus importants semblent particulièrement vulnérables aux séparations familiales générées par le processus migratoire spécifique au refuge. Par contre chez les individus qui n'ont pas subi de telles séparations, ce sont les traumatismes familiaux qui dominent le tableau. Ces résultats soulèvent la possibilité qu'une prévention de certains problèmes de santé mentale des réfugiés puisse s'effectuer en modifiant les procédures actuelles de réunification familiale. La question de l'influence des instances de santé dans des domaines sociaux aussi délicats que les politiques d'immigration se pose alors. Les leviers et les limites de l'action intersectorielle en santé des réfugiés seront discutés.

REFUGEE HEALTH POLICY ONTOLOGIES

Logghe, Kristel; de Leeuw, E.; Goumans, M.: University of Maastricht. HEALTH. The Netherlands.

The objective of this presentation is to give insight into the normative framework of assumptions (ontology) of local health policy makers, politicians, and practitioners which leads to prioritization with regard to health policy for refugees and asylum seekers. Fifty-three health policy makers, politicians, and practitioners in four municipalities of the Dutch Network of Healthy Cities were interviewed in 1995. The discussion will be directed to the analysis of (differences in) opinions of (and between) the three groups of actors with regard to the main research questions: In what way is equity incorporated in their opinions with regard to (access to) health care and policy for refugees and asylum seekers? Do they regard the health of refugees as an issue for specific policy or should health policy for refugees be integrated in regular health policies and what would be tasks and responsibilities for the national government and what for the local authorities? From the results can be concluded that refugees (and asylum seekers) are a hot political issue in the Netherlands. Policy makers, politicians and health care practitioners recognize many bottlenecks in the (regular) health care delivery towards refugees and asylum seekers, however there exists much disagreement about solutions for these bottlenecks. The main discussion is directed to the question if (and to what extent) there should be specific policies and specific health care facilities for refugees or whether health policy towards refugees should be integrated in regular health policies. An important finding is that a specific health policy towards refugees might contribute to a better health level of refugees, but also might contribute, because of stigmatization, to an increased ethnocentrism amongst native Dutch towards refugees, and therefore have a negative effect on the social position and health of refugees.

ACCESS AND HEALTH SERVICES REFORM: EMERGING ISSUES FOR ETHNIC COMMUNITIES

Dollis, Niki; Lin, Vivian; Spinoso, Gianfranco

As governments in Australia strive to improve efficiency and contain costs, the health system, like other areas of the public sector, is undergoing a range of structural and operational reforms. The likely impact of these reforms on people of non-English background (NESB) is a legitimate area for consideration given the particular problems faced by NESB people in using the health system. As well as the commonly recognised language and cultural needs, there are underlying issues of economic disadvantage and system "attitudes" which marginalise NESB people and affect their access to services and the quality of care they receive. It will be argued that the reform directions discussed in this paper - micro-economic reform, customer focus and managerial decentralism - are essentially policy tools which, whilst offering some opportunities to improve services for NESB people, will not necessarily address the fundamental issues. What is required to clear government policy and commitment geared to develop a health system which deals with NESB people's needs as mainstream issues, and therefore makes the multicultural, pluralist nature of the community basis to its service planning and delivery. This also means that ethnic communities may need to adapt their advocacy approaches if they are to be effective voices.

Determinants of Maternal and Child Morbidity in Africa

B. Kuate Defo, Dpt. Demography, Univ. Montreal, Canada.

This research will use longitudinal data from the maternal and child health surveys carried out from the late 1970s through the mid-1980s in major urban areas of four sub-Saharan African countries (Senegal, Burkina-Faso, Mali, and Cameroon), to study the socioeconomic and bio-demographic determinants of maternal and child morbidity over a two-year period following a childbirth. These surveys were designed to assess the levels and patterns of maternal and child morbidity and mortality; to collect information on demographic, biomedical, cultural and socioeconomic determinants of infant and child mortality in selected countries in Africa; and to evaluate the importance of infectious diseases and nutritional deficiencies in infancy, with the ultimate aim of providing a basis for the formulation of health policies in general and those directed towards mothers and children in particular.

These data are unique in two respects: a) they are the only comparable longitudinal data on both the postpartum health of women and their children for several African countries; b) their multi-round design permits disentangling cause and effect by enabling us to know the sequencing of maternal ill-health and child ill-health, and permits measurements of contemporaneous levels of all explanatory variables. The prospective nature and the relatively short interwave periods of these surveys reduce considerably the magnitude and significance of biases due to misplacement of dates of birth, misreporting of age at events, and omissions of events that are known to exist in most retrospective surveys. Each survey contains information on approximately 10,000 mother-infant pairs who were followed until the child died, dropped out, or throughout the first 24 months following a childbirth.

We will carry both descriptive and multivariate analyses of the predictors of maternal and child morbidity. In the multivariate analyses, we will use multi-level analysis to predict the overall morbidity within pertinent units of analysis, as well as cause-specific morbidity analyses of the main morbid conditions found in the data, both for mothers and their children.

POLARIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD EN LA CIUDAD DE MEXICO.

Blanco-Gil José, Rivera-Márquez J.A. López-Arellano O. Rueda-Arroniz F. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Con información censal (1990) se realizó una caracterización de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) según calidad de vida, a partir del concepto de necesidades básicas insatisfechas. Se seleccionaron variables que expresan el patrimonio básico acumulado y el derecho de acceso a servicios o bienes, agrupándolas según el tipo de intervención que se requeriría para su modificación. Con la información de estas variables se construyeron dos índices: el primero hace referencia a las condiciones de la vivienda y remite al consumo privado y el segundo expresa el consumo colectivo. Posteriormente, se construyó un índice general de calidad de vida que permitió ordenar los municipios y las delegaciones, conformando cinco conglomerados regionales según necesidades básicas insatisfechas. La situación de salud fue reconstruida a nivel delegacional y municipal, considerando la frecuencia de enfermedades seleccionadas (gastroenteritis, enfermedades respiratorias y deficiencias nutricionales), la morbilidad proporcional por causas infecciosas y carenciales, crónico-degenerativas y lesiones, así como la mortalidad infantil estimada por el método de Brass. El comportamiento de las variables muestra calidades de vida heterogéneas, observándose condiciones polares, en donde la diversidad intragrupo es más acentuada para los municipios y delegaciones con condiciones de vida "precaria y mala".

TABLEAU DE BORD : «AMIENS OBSERVEE» : DE L'OBSERVATION À LA DÉCISION

Lorenzo, Philippe, Trugeon, A, O.R.S. de Picardie, France

Le tableau de bord municipal sur la santé des Amiénois, «Amiens observée», est né de deux réflexions menées en parallèle : l'une au niveau national, avec les ORS et la Fédération nationale des ORS (FNORS) sur la constitution d'un tableau de bord régional sur la santé, l'autre au niveau de la municipalité d'Amiens (Somme, Picardie) qui voulait adhérer au réseau OMS des villes-santé. Il s'agissait de présenter dans un seul volume un certain nombre d'indicateurs sanitaires et sociaux permettant de décrire l'état de santé d'une population en relation avec le contexte économique. Élaborés pour les tableaux de bord régionaux au niveau national par des groupes d'experts sous la conduite de la FNORS, les indicateurs ont été repris pour le tableau de bord municipal avec un certain nombre d'aménagements techniques afin qu'ils conservent une certaine validité heuristique. La rédaction concomitante des tableaux de bord régionaux permis une comparaison entre la ville d'Amiens, la région Picardie, voire la France. Pour un certain nombre d'indicateurs, une comparaison a de plus été menée avec 4 autres villes situées, comme Amiens, à 1 heure de train de Paris. Le constat que l'on peut tirer de ce travail est que la situation d'Amiens est relativement critique : bon nombre d'indicateurs révèlent un état de santé non satisfaisant avec, pour les décès par cause tumorale (1^{er} cause de décès) une surmortalité et unemortalité prématurée (1 à 64 ans) significativement supérieures avec toutes les zones de comparaison. Cependant, plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités, soit en faisant modifier des comportements à risque (Hommes) ou en organisant des campagnes de dépistage, notamment du cancer du sein (Femmes).

LIVING CONDITIONS AND MORTALITY IN URBAN AREAS: THE CHANGE IN THE LEVEL OF BRAZILIAN URBANIZATION

Najar, A. L.

The main objective of this paper is the analysis of differential death risk taking into account, socioeconomic, sanitary, demographic and epidemiological conditions in the urban population of Rio de Janeiro city. To analyse this, a random sample of the deaths' certificates will be taken, restricted to deaths during 1992, and the address given may be used to identify the tracks where these people lived during 1991, that is the year of the last Brazilian census. The differences are particularly important in areas such as Rio de Janeiro city, where socioeconomic conditions can vary dramatically within small geographical zones. Local planning of health and social welfare allocations, which is being widely adopted as a means of organizing care delivery, requires information on the population of small areas corresponding to neighborhoods. As the focus on local population health needs sharpened, there has been an increasing interest in measures of social deprivation. One reason for this is that there is a lack of data on morbidity in the community to permit comparison of populations in small geographical areas. Thus attempts to link health care planning more directly to morbidity data must be based on surrogate measures of morbidity, such as socioeconomic factors associated with the prevalence of illness. A second reason for interest in measures of social deprivation is that theories concerning the causes of death and illness generally suggest that socioeconomic conditions have an impact on health.

ATELIERS / WORKSHOPS / TALLERES

THÈME / THEME / TEMA

B

Les ressources pour les soins de santé

Resources for Health Care

Recursos del sistema sanitario

PATTERNS OF USER CHARGES AND THEIR EFFECTS ON THE TREATMENT OF CHILDHOOD ILLNESSES

Nangendo Florence, Nshakira, N.
Makerere University, Uganda

In an effort to improve the quality of health services in Uganda, districts have introduced locally acceptable procedures of paying for health, though with no uniform guidelines from the government. Different paying systems exist and may affect the vulnerable especially children differently. This paper presents results from a study done in two districts of Uganda with both qualitative and quantitative methods on mothers and health units staff. The objective of the study was to identify patterns of user charges and their effects on the treatment of childhood diseases. The study shows that some health units exempt children and here mothers can get treatment when they want. Other units claim to exempt but mothers are not aware and so do not dare to go to a health unit when they do not have money. Those units without exemption at all mothers reported having difficulties with raising the money. In such circumstances they buy medicine from drug shops or use traditional medicine. Some mothers were happy with the cost sharing because now the drugs are available and quality of services is good. This was observed over prescription on the part of health workers to meet the expectations of the consumers. And rationing of drugs where they are not enough. Those where cost sharing is not have mixed feeling about it, some like it others don't. The general conclusion is that cost sharing is necessary for the provision of improved health services, but inform procedures should be introduced which are acceptable and cater for the different groups of people. A flat rate for every visit seems to be more preferred. And uniform guidelines for vulnerable groups should be developed.

REGULATION AND MONITORING OF RURAL HEALTH PROVIDERS IN POST-REFORM CHINA

Gu, Xingyuan, Shanghai Medical University, Lucas,
Henry, Institute of Development Studies, Brighton

Rural health services in China developed during the 1960s as an integrated component of the commune movement. They operated within a structure of regulation, monitoring, rewards and punishments which was well understood and routinely followed by most of the population. A strict hierarchical control mechanism existed, whereby the activities required of lower level institutions and personnel by those at higher level were clearly set down, monitored and enforced. As a consequence of the economic reform process, and particularly the ending of commune funding of services, financial pressures have encouraged an increasing preoccupation with income generation by those working in health institutions. This has led to a greatly increased level of autonomy, with the previous administrative controls being replaced by a wide variety of contractual arrangements between health institutions and local governments. This paper reports on case studies in three poor counties which indicate that there are major problems in ensuring the continued cohesiveness and effectiveness of a health system under these conditions, particularly where resources are extremely limited. It uses the framework of contract theory to explore mechanisms which might be adopted to encourage good practice and reduce the risk of serious deterioration of services.

STRATEGIES FOR HEALTH SECTOR REFORM IN POOR RURAL AREAS IN CHINA

Gu, Xingyuan, Bloom, Gerald, School of Public Health,
Shanghai Medical University, Shanghai, Institute of
Development Studies, Brighton

By the late 1970s almost all of China's rural population had access to a mix of preventive programmes and basic curative care at an affordable price. Since the early 1980s China has been implementing a wide range of economic and institutional reforms. The rural health services have been profoundly affected by these changes. For example, health facilities receive a smaller proportion of their revenue from government and collective sources, providers of health services are much freer to respond to economic incentives, and households have to pay a larger share of their medical costs themselves. The rural health services are less cost-effective and less equitable, in consequence. Relatively little is known about how health services in the less developed parts of the country have responded to the changed situation. This paper reports the principal findings of case studies that have recently been completed in three poor counties. It provides previously unknown information about how health services in the less developed parts of China have responded to the changed situation. It also recommends a strategy for reform of the rural health services aimed at re-establishing health services capable of providing access to essential preventive and curative services.

TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE ET IMPLICATIONS SUR LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN TUNISIE

Hassen Ghannem -Faculté de Médecine de Sousse, Tunisie

Le système de santé tunisien fait face actuellement à la recrudescence des maladies chroniques non transmissibles alors que le problème des maladies infectieuses n'est pas encore totalement résolu. Il s'agit d'une pathologie dont la prise en charge est très coûteuse et pour laquelle le système de santé n'est pas tout à fait préparé.

Ces implications économiques de la transition épidémiologique vont aggraver les difficultés actuelles inhérentes au financement du système de santé à savoir:

- La croissance plus rapide des dépenses de santé par rapport à la croissance économique entière.
- La loi des rendements décroissants avec un état de santé qui s'améliore moins vite que la croissance des dépenses de santé.
- Le souci de rationalisation des services qui se fait sentir à tous les niveaux.

Des réformes du financement du système de santé s'imposent. Elles peuvent être de différentes natures:

- Reconduire l'existant en essayant de mettre plus à contribution des ménages et les assurances.
- Remettre en cause les différentes formes de gratuite de soins.

IMPLICACIONES ECONOMICAS DEL CAMBIO EPIDEMIOLOGICO EN MEXICO: INFORMACION PARA LA PLANEACION EN SALUD.

ARMANDO ARREDONDO

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

OBJETIVO: Generar conocimiento epidemiológico-económico que contribuya al uso eficiente de los recursos asignados al sector salud. **METODOLOGIA:** Estudio longitudinal que monitoreo el costo de manejo de 4 trazadores (diabetes, hipertensión, neumonías y diarreas) en el estado de Morelos. Se desarrollarán cuatro modelos probabilísticos mediante un análisis de series de tiempo y a la técnica de Box Jenkins para determinar los casos esperados de cada trazador a un período de largo plazo. Se aplicó un factor de ajuste econométrico y se determinaron las implicaciones económicas a futuro. **RESULTADOS:** Los costos de manejo de caso en us dlls. fueron de Diabetes, \$630.00; Hipertensión, \$537.00; Diarreas, \$175.00; Neumonías, \$217.00. Los casos esperados para el período 1995-1999 fueron: Hipertensión, 2554, 2686, 2817, 1949 y 3080; Diabetes, 1973, 2097, 2221, 2345, 2469; Diarrea, 16752, 15508, 14048, 12452, 10550; Neumonías, 329, 299, 287, 288 y 284. **CONCLUSIONES:** Los cambios esperados en las enfermedades de estudio (incremento en las enfermedades crónicas y decremento en las enfermedades infecciosas) generarán un fenómeno de competencia interna en uso de los recursos para producir los diferentes servicios de atención médica que se demandarán a futuro. A mayor avance de la transición epidemiológica en México, mayores serán las implicaciones financieras de los cambios en el perfil epidemiológico. Por otra parte las consecuencias financieras plantean la necesidad de implementar cambios en los patrones de asignación de recursos que se asignan para el sector salud en México, así como cambios en la promoción y prevención de la salud.

HEALTH CARE FINANCING UNDER STRUCTURAL ADJUSTMENT IN NIGERIA

Alubo, Ogoh University Of Jos, Nigeria

Budgetary allocations to the health sector in Nigeria has declined since the inception of structural adjustment in 1986. The once free public health sector now charge fees which will ostensibly make them self financing. This study investigated the impact of these changes on patient care and on health facilities. The sample of over 800 patients and 60 service providers was drawn from all three levels of care in Nigeria. The findings show that patients adjust to the new fees regime variously by switching from the more expensive western to traditional medicine, while medical facilities have discontinued some services and periodically review charges for those provided. In spite of the "adjustments", it is concluded, both the patient and the medical institutions face formidable challenges which have implications for morbidity and mortality.

PERFIL DE LOS MEDICOS EN BRASIL

Machado, Maria Helena; Rego, S.; Oliveira, E.; Lozana, J.; Teixeira, M.; Vieira, M.; Pinto, L.F., National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Brazil.

El objetivo desta investigación es analizar la situación actual de los médicos en Brasil, buscando conocer la dinámica de la corporación médica en el contexto socio-económico del País. La investigación, hecha en colaboración con el Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos y Ministerio de la Salud, consistió en un levantamiento amostral con los médicos en actividad en las 27 provincias brasileñas, estratificados según el género, hecha de formatura e localización geográfica. Esta ponencia presentará los resultados pela primeira vez a la comunidad científica internacional, incluso aspectos relativos a la formación profesional, inserción en el mercado laboral, distribución geográfica, dentre otros.

THE PRACTICE OF MEDICAL STUDENTS

Rego, Sergio, National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Brazil

The objective of this dissertation was to know the role that the clerkships play in the medicine student's process of socialization. The author studied the students of medicine of the Federal University of Rio de Janeiro. He established a systematic and randomized sample of the seventh, eighth, eleventh and twelfth periods of the medical course to apply a questionnaire to them. The students were asked about the characteristics of their clerkships and some questions about the social and economic status. The author compared the praxis that the students experience when they are under the supervision of the educational institution with those they are out of the limits of the University. He concluded that the students aim to increase their clinical experience. The author pointed the necessity of integration of the educational institutions with the assistencial ones.

A STUDY OF PHYSICIAN REACTION TO MANAGED CARE

Healey, Ph.D., Bernard J., King's College, United States

The most important and influential component in the delivery of health care services is the physician. The emergence of managed care plans has had a tremendous impact in the way a doctor delivers health care. This study focused on the impact of managed care plans on physicians in an urban county in Northeastern Pennsylvania and their subsequent attitude towards recurring graduate management education. All 465 physicians in this county were surveyed regarding their attitudes toward managed care and their belief in the need for graduate management education for physicians. Of the 465 physicians surveyed, 224 completed and returned their questionnaire, which represented a response rate of 48.2%. Results suggest that physicians are dissatisfied with managed care plans, believe that they have lost control over medical care decisions and are in favor of graduate management education for physicians. This may represent a unique opportunity for graduate programs in health care administration programs to assume a leadership role in the reeducation of physicians for a new role in the administration and delivery of health care in the next century. This role should include participation in managed care decisions and a greater emphasis on preventive health care.

EMPOWERMENT DISCOURSES AND TRADITIONAL PRACTICES: HEALTH EDUCATION POLICIES IN BRAZIL

Gastaldo, Denise. Université de Montréal, Canada.

In the last two decades health education policies in Brazil have been promoting ideas of community participation and the empowerment of users. However, such policies have not been translated into changes in the practices of many health professionals. In order to investigate this issue, health education documents produced by the Ministry of Health between 1980-1992 have been reviewed and policy-makers and health professionals (working to the national health system in 1993) answered to questionnaires and were interviewed. The analysis of this data points to: (i) conflicting discourses being accommodated in the same policy in order to show commitment with international agencies and disseminate the positions of different levels of government; (ii) conflicting discourses between policy-makers and health professionals revealing that micro-politics at the grass roots level can re-shape health policies. The difference between policies and practices observed in this study support the conception of health policy as the result of many discourses, instead of a coherent power strategy to promote change.

DESARROLLANDO ACTORES PARA LA REFORMA EN SALUD.

CALDERON, RUTILIA. OPS/VENEZUELA

Los procesos de Reforma Sanitaria en desarrollo en la Región de las Américas, hacen relevante el campo de desarrollo de los recursos humanos, no limitado a la formación, capacitación y promoción, sino entendido como proceso político, técnico y social, desde un enfoque que asume a los trabajadores de la salud como actores (por lo tanto, aliados u oponentes de los procesos de cambios propuestos), proceso que posibilita el desarrollo de las potencialidades, la satisfacción y el compromiso ético a nivel individual y colectivo, y el asumirse como sujetos transformadores, gestores de cambios en salud. En Venezuela, desde ésta perspectiva se ha iniciado un proceso de re-definición de la gestión de recursos humanos en salud, proceso integrado en un marco más amplio de fortalecimiento del liderazgo y de la capacidad de gestión en salud. El trabajo analiza los elementos estratégicos del proceso y propone para su discusión algunos indicadores de monitoreo del mismo.

ADAPTATION AU RÔLE DE PARENT ET GUIDANCE ANTICIPATOIRE PAR LES MÉDECINS: RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UNE RECHERCHE DE DÉVELOPPEMENT

Goudreau, Johanne, Beaudoin, C., Duhamel, F., Levy, R., Université de Montréal, Canada.

Objectif: présenter les résultats de la première étape (étape prénatale) d'une étude visant à développer et à évaluer des interventions de guidance anticipatoire réalisables par les médecins qui suivent des couples devenant parents. Ces interventions, qui doivent s'intégrer au cours des consultations régulières du suivi périnatal, ont pour but de préparer les couples aux changements exigés par l'arrivée d'un enfant (ex: intégration des différents rôles et multiples tâches inhérents à l'émergence d'une famille). Méthodologie: s'inscrivant dans le paradigme constructiviste et suivant une méthodologie qualitative qui s'apparente à un processus de recherche action, 4 médecins, 8 couples et la chercheuse élaborent, expérimentent et évaluent ces interventions dans un processus interactif et itératif. Le processus de recherche s'étend de la 32^e semaine prénatale au 6^e mois post-partum; chaque couple est rencontré quatre fois. Un ensemble d'interventions sont ainsi construites et évaluées au fil des rencontres entre les participants. La démarche de recherche est soutenue par une analyse du contenu des échanges et sa diffusion à tous les participants. Résultats: parmi les interventions expérimentées, certaines s'avèrent plus utiles pour les couples et faisables par les médecins, entre autres celles qui favorisent l'intégration du futur père dans le processus de la grossesse et dans la préparation à l'accouchement. Conclusion: lors du suivi prénatal, il apparaît souhaitable que les médecins interviennent pour soutenir et renforcer la complicité entre les conjoints. Les résultats suggèrent que la période postnatale sera plus appropriée pour aborder spécifiquement le rôle de parent.

LA CORPORATISATION DU SYSTÈME DE SOINS: LE CAS DE LA BUDGÉTISATION DES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS.

CAZALE, Linda, Arweiler, D. U. de Montréal, Canada.

La corporatisation est une tendance de plus en plus marquée dans le système de soins. Cette tendance se caractérise, entre autres, par une importation du discours entrepreneurial associé au secteur privé dans le système de soins. Dans le cas particulier des hôpitaux, ce phénomène se traduit par une emphase plus marquée pour des concepts tels la croissance, l'efficacité, la performance et le contrôle administratif. Notre étude s'intéresse à la corporatisation appliquée à la budgétisation des hôpitaux québécois, la budgétisation étant le mode dominant de financement des hôpitaux. La source principale de budgétisation est l'Etat qui, à lui seul, fournit plus de 80% des revenus des hôpitaux. L'objectif de la présentation consiste à analyser l'évolution de la budgétisation des hôpitaux du Québec, depuis l'assurance-hospitalisation (1960-1961) à aujourd'hui, pour apprécier le phénomène de corporatisation pour ces organisations publiques. Pour se faire, les notions de performance de l'hôpital et celles des critères d'efficacité et d'équité de l'allocation des ressources seront abordées. L'étude indique, d'une part, la présence de pressions fortes de l'Etat sur les hôpitaux dans un contexte de crise des finances publiques. D'autre part, notre propos est à l'effet que l'importation de notions associées au secteur privé ne peut se faire sans tenir compte de la spécificité du secteur de la santé tant du point de vue des valeurs que de celui des modalités organisationnelles.

GLOBALIZATION OF HEALTH CARE REFORMS IN A FEDERALIST HEALTH FINANCING SYSTEM: AUSTRALIAN DEVELOPMENTS

Lin, Vivian

The Australian health care system is unified through national health insurance but characterized by financing through two levels of government and co-existence of public hospitals and community health services with private fee-for-service medicine. Following decades of professional dominance and system expansion, managerialism and economic rationalist policies are placing significant pressures on the system to contract and become accountable. The consequence is increasing cost-shifting - between levels of government, between public and private and on to the consumer, as illustrated by outpatient services, pharmaceuticals, and diagnostic services. Reform proposals, reflecting globalization of public administration, (i.e. purchaser/provider split, contracting out, casemix, managed care) are couched in terms of consumer/customer responsiveness while aiming at or producing efficiency gains. The political need to shift to the centre has allowed for the dominance of economic rationalist managers over medical interests.

CAN AN EARMARKED PAYROLL TAX LAUNCH NATIONAL HEALTH INSURANCE: THE EVOLUTION OF POLICY REFORM IN THE WINDWARD ISLANDS

Huff-Rousselle, Maggie, Fiedler, J., Lalta, S., Shepherd, C., Roberts, K., and Richards, C.

The Health Policy and Management Unit of the Organisation of Eastern Caribbean States has used three criteria to help the four governments of the Windward Islands formulate policies and operating principles to implement national health insurance (NHI): a) financial viability, b) administrative feasibility, and c) public palatability. These criteria were used to answer the following questions: 1) Who pays? 2) How much do they pay? 3) Who receives benefits? 4) What benefits do they receive? 5) Who provides the services? 6) Who collects the contributions? 7) How are health providers reimbursed? 8) How will promotion of NHI be designed? The answers must be informed by economic context, social values, and the four governments willingness and capacity to change. Based on a case study, financial analysis and market research on St. Lucia; financial and stakeholder analysis on Dominica; and the financial, administrative and public opinion implications for St. Vincent and Grenada, this paper traces the policy formulation stages of NHI development in the Windward Islands. Given the economic and political context in these islands, the eight questions listed above are answered and the Windward Island NHI is defined. Its financial viability, administrative feasibility and public palatability may be secure but is it really NHI? Or is it an ear-marked payroll tax that deducts a politically palatable percentage from the paychecks of those in the formal employment sector? And can an ear-marked payroll tax be used to introduce NHI? We believe that the answer can be yes in the Windward Islands.

CLOSING THE LOOP HOLES: IMPROVING HOSPITAL REVENUE COLLECTION IN THE EASTERN CARIBBEAN

Richards, Candia and Huff-Rousselle, Maggie.

The literature and research on user fees in developing country health systems has focused on pricing and the impact of pricing on demand for and access to services. Other than acknowledging that the development of well-functioning collection mechanisms is a problem in implementing user fee reforms, little has been written on the topic. Yet, efficient and effective revenue collection systems can be as important as appropriate pricing policies and the range of other issues which can impede the effective implementation of user fee reforms. In Victoria Hospital in St. Lucia, for example, improvements in the hospital's billing system resulted in a doubling of revenues even though no new fees or pricing increases were introduced.

This paper considers policies, stakeholders, and operational mechanics related to efforts to improve the billing systems in hospitals in five Eastern Caribbean countries. While some written form of legislated hospital policies did exist in the major hospitals, they were incomplete, often in conflict with one another, and subject to misinterpretation and abuse. These factors, compounded by hospital staff's lack of motivation to collect fees, contributed to a lack of enforcement of existing policies. The policies that should support revenue collection, include: a) fee schedules and exemptions; b) admissions, including who admits, where and under what circumstances; c) in-patient charge tracking; d) discharge; and e) payment mechanisms. Political will is critical to the introduction of any health financing reform; even the redesign of revenue collection systems. Once the policy decision to implement tighter revenue collection systems was taken, the two groups of stakeholders who were most critical to successful implementation were the general public and hospital staff. Publicity campaigns were launched to sensitize the public to the need to pay for health services. Hospital staff were intimately involved in the redesign of collection systems: hands-on training was conducted and all categories of staff discussed points of resistance.

DIFFUSION OF PHARMACEUTICAL INNOVATIONS IN THE EUROPEAN UNION: AN EXPLANATORY MODEL*

Cabiedes, Laura, U. de Oviedo, Spain.

This study uses a logit model to explain the diffusion pattern of pharmaceutical innovations in the following countries: France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom, during the period 1985-1989. The model is able to predict the diffusion probability according to these explanatory variables: the therapeutic value of the innovation, the age, the size of the originating corporate group, the success on the market, and the prior authorization in the United Kingdom. The results obtained suggest that, within the European Union and despite the prevailing harmonized technical requirements, a high level of therapeutic importance does not guarantee a wide diffusion of the pharmaceutical innovation. In the light of the results obtained, we can emphasize the following remarks: From the industry perspective, the influence of the originator's size could be counteracted through licensing agreements, as a way of achieving a wider diffusion of important drugs when obtained by relatively small firms. On the other hand, behind the strong influence that the variable "age" has on the diffusion process, we can find possible delays in approving drugs. In this way, a recommendation regarding the role of national authorities is viable in order to speed up a more widespread diffusion of important innovations, by assigning a greater priority to them independently of the originator's nationality.

ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA TARIFICATION DES MÉDICAMENTS SUR LE PROFIL DE CONSOMMATION DES PERSONNES ÂGÉES

Rheault, Sylvie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Canada

En mai 1992, le gouvernement du Québec instaurait un tarif de 2 \$ par ordonnance, jusqu'à une contribution maximale de 100 \$ par année, pour les personnes âgées de plus de 65 ans qui bénéficiaient auparavant d'un accès gratuit aux médicaments. Une évaluation a été entreprise afin de déterminer l'impact sur le profil de consommation des personnes âgées. La stratégie de recherche a consisté à comparer l'utilisation de médicaments chez les personnes soumises à la tarification avec celles qui ne le sont pas. Une cohorte de personnes âgées, alors âgées de 65 ans, a été suivie sur une période de 32 mois. Pour tenir compte des différences de profil socio-économique entre les deux groupes, l'échantillon a été standardisé en fonction de l'âge et du sexe. Il a également été tenu compte des différences dans l'intensité de consommation pour l'analyse. Les jours-ordonnances mensuels moyens sont utilisés comme unité de mesure. Les résultats montrent une faible variation de la consommation en réaction à la tarification. La réduction de la consommation a touché principalement les personnes qui consommaient de faible quantité de médicaments. Les hommes plus que les femmes ont réagi à la tarification ainsi que le groupe d'âge de 70 à 85 ans. Le milieu socio-économique n'influence pas la réaction à la tarification. Également, on n'a pas constaté de variation significative pour toutes les grandes catégories de médicaments examinées. Ces résultats nous amènent à privilégier l'hypothèse d'un très faible impact sur l'état de santé de la population.

BUILDING A STRATEGY FOR INTEGRATED DISEASE MANAGEMENT IN HEALTH CARE : AN ISSUE FOR THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY ?

Pop Russinoff, Konstantin, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands, Germany

Due to pressure to adapt to the growing trend in cost-conscious health care management and reforms, particularly in the U.S. and across Europe, the pharmaceutical industry is cautiously moving into the unfamiliar area of disease management. In the U.S., debates in the trade press, such as medical and economic journals reveal some of the main concerns arising from this trend. This paper provides an overview of this trend as it was debated in the literature published in 1994 and 1995, and discusses how the pharmaceutical industry and managed care organisations situate themselves with regard to it. It analyses their intention to build and to provide a comprehensive and integrated structure for managing patients throughout the health care system. If their goals are realised, we may find that it is the private sector that will become largely responsible for disease management. It may be interesting to reflect on the motivations behind this growing interest on the part of these organisations and to ask whether the public sector and social insurances might not also benefit from further involvement in this area.

PRÉVENTION, HABITUDES DE VIE, ENVIRONNEMENT SOCIAL ET CONSOMMATION DE VITAMINES: UNE ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1992-93

Collin, Johanne, Laurier, Claudine, U. de Montréal, Canada

Selon les résultats de l'enquête sociale et de santé de 1992-93, 22% de la population sous étude rapporte avoir consommé des vitamines et minéraux au cours des deux jours précédant l'enquête. Ce type de consommation concerne tous les groupes d'âges et se distingue à priori de l'usage curatif auquel sont généralement associés les médicaments. En effet, la consommation de vitamines se trouve très explicitement liée, dans l'enquête de santé Québec, à des fins de prévention puisque 87% des individus ayant consommé des vitamines dans les deux jours précédant l'enquête font référence à des raisons de nature préventive. Toutefois, l'utilisation des vitamines s'intègre-t-elle réellement dans un ensemble de comportements préventifs cohérents au niveau des habitudes de vie des consommateurs ou ne s'insère-t-elle pas plutôt dans une logique compensatoire par rapport à ces habitudes de vie et à l'environnement social difficile? La consommation de vitamines est-elle associée à des caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques particulières? Comment est-elle en lien avec les indicateurs de la santé perçue, de la détresse psychologique et de l'autonomie décisionnelle au travail? Dans la perspective de mieux cerner les déterminants sociaux de la consommation de médicaments, nous explorerons le lien entre la consommation de vitamines, les habitudes de vie et l'environnement social de la population à partir de l'enquête de Santé-Québec.

Dr. PhD Benkő, Zsuzsanna

Hungarian Model of Postgraduate Training in Health Promotion

The Postgraduate Training was launched in the cooperation between Juhász Gyula Teacher's Training College and Albert Szent-Györgyi Medical School. In the light of multidisciplinary and intersectorial principles, our main objective is to make the experts of education, medicine pedagogy, social care and high-risk institutions understand, learn, apply and spread /as multipliers/ the complex theoretical-practical knowledge of the course. The participants try to find a common language and make the first steps towards cooperation following the the principles of building a network structure. Thus the basic purpose of this training is not to develop a new job, but to provide supplementary knowledge that can be used by all kinds of blocs of 10-12 classes per week /Friday afternoons and Saturday mornings/ The disciplines are grouped in five blocs with a final exam each: Social and Public Health Studies, Psychological Development and Improvement, Medical Studies, Skill Training, Field Trip. After completing the course a special, public organisation will be formed for our fresh graduates, so as to ensure further training, consultation and cooperation.

DES SOINS MÉDICAUX PRIMAIRES PERTINENTS ET EFFICIENTS VIA UNE FORMATION MÉDICALE SPÉCIFIQUE DES GÉNÉRALISTES.

Millette, B. Université de Montréal, Canada

Les objectifs de la communication sont (1) de décrire la formation au Québec des futurs médecins de famille, (2) d'illustrer comment cette formation les prépare à gérer efficacement les soins médicaux primaires et (3) de discuter des difficultés rencontrées. Plusieurs raisons sont évoquées pour introduire des réformes dans les systèmes de santé dont, entre autres, la dés-humanisation et la fragmentation des soins, l'équilibre nécessaire entre le curatif et le préventif, les coûts élevés des soins de santé, l'utilisation inappropriée des consultants et de la technologie, l'incontournable virage ambulatoire. Or, actuellement, les médecins de famille sont les professionnels les mieux formés pour assurer, en première ligne, la coordination des soins et favoriser une réduction des problèmes précités. En effet, les écoles de médecine ont introduit des changements importants dans la formation médicale initiale et ont créé des programmes postgradués spécifiques de formation pour les médecins oeuvrant en première ligne: la résidence en médecine familiale. Les points forts de la formation postgraduée sont, entre autres, l'expérience supervisée de la médecine de première ligne dans différents contextes (cabinet, domicile, communauté, hôpital, ...), une attention à la communication patient-médecin, un travail en équipe multidisciplinaire, une évaluation adaptée et rigoureuse des étudiants. Les difficultés rencontrées sont surtout reliées à l'hospitalo-centrisme encore très présent dans le réseau médical universitaire et qui influence les attitudes et les décisions politiques. Le développement d'un solide secteur académique de médecine familiale est essentiel pour des soins médicaux primaires pertinents et efficaces.

CONSIDERACIONES CRITICAS SOBRE LA FORMACION EN CIENCIAS SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN VENEZUELA.

Vásquez, Paula. U. Central de Venezuela.

La formación en Salud Pública que reciben los médicos y profesionales de la salud en Venezuela debe ser sometida a discusión, especialmente los contenidos en Ciencias Sociales. En esta comunicación nos proponemos demostrar que los contenidos que actualmente se imparten en las Universidades, más que facilitar un compromiso con la salud pública, obstaculiza la integración de los estudiantes a las nuevas tendencias teóricas y científicas necesarias para fortalecer la discusión sobre las reformas del Sistema sanitario del país. Nuestra discusión se circunscribe al planteamiento de una re-dimensión urgente de las Ciencias Sociales en el campo de la salud pública para lograr una efectiva formación académica que fomente el compromiso de los profesionales de la salud con esta disciplina y contrarrestar las tendencias biologicistas y la temprana especialización clínica.

LA FORMATION CONTINUE DES MÉDECINS HOSPITALIERS S'OUVRE AU MANAGEMENT MEDICAL

SEGOUIN Christophe, RUSCH E., Assistance publique-Hôpitaux de Paris
Délégation à la Formation et à la Communication, Service de la Formation Continue des Médecins; Dept de Santé Publique Paris VII, France

CONTEXTE : L'élargissement des responsabilités médicales ainsi que l'évolution de l'environnement sociologique et économique rendent plus important le rôle du manager médical. OBJECTIF DE L'ETUDE : Mettre en évidence l'importance croissante du management médical dans la formation continue des praticiens hospitaliers. METHODOLOGIE : Une enquête a été menée tous les deux ans depuis 1989 auprès des 31 Centres Hospitaliers Régionaux de France (représentant le quart de l'hospitalisation française) pour connaître les formations organisées pour les médecins. Cinq indicateurs sont utilisés : pourcentage des CHR organisant des formations au management médical, nombre de CHR organisant des formations lors des changements de fonction, caractère obligatoire ou non de la formation et diversité des formations proposées. RESULTATS (résultats 1995 en cours) : Le pourcentage de CHR qui organisent des formations au management a augmenté de 66% en 1989 à 71% en 1993. 5 CHR (16%) proposent des formations lors des changements de statut en 1993 contre 1 seul en 1989. Enfin, 5 CHR proposent des formations spécifiques aux nouveaux chefs de service, l'un d'entre eux proposant un cursus "long" de 22 jours. Il faut noter qu'aucune de ces formations n'est obligatoire. Les formations couvrent le champ de compétence d'un manager : gestion du budget, gestion des hommes, gestion de projet. CONCLUSION : Les résultats témoignent de la tentative des Hôpitaux de faire participer les médecins au management hospitalier. Toutefois, les formations proposées aux changements de fonction et leur caractère facultatif restent en deça de celles proposées à des cadres ayant des responsabilités équivalentes dans une entreprise.

SEX, SEXUALITY AND HIV/AIDS: THE DEVELOPMENT OF LEARNING WITHIN UNDERGRADUATE AND VOCATIONAL NURSING COURSES

Hirst, Julia; Parker, A. Sheffield Hallam University, UK

In addition to specialist nursing, this area of work is of great importance in terms of the implications for routine care on a day to day basis, irrespective of diagnosed illness or condition. In the UK, it is now recognised and promoted by academia and allied professional bodies. However, theoretical advances are not generally matched by practice. Research shows that both professionals and clients are aware of current weaknesses in ability to provide appropriate individualised care and support and document no improvement in current standards. Our institution has made substantial curriculum developments in this area. This paper will outline the methods, outcomes, successes and failures and barriers to effective implementation. It will make suggestions for ways forward to meet these challenges.

OPERATIONAL TECHNICIAN'S LABOR CONDITIONS OF ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

GRECO, Rosangela Maria; QUEIROZ, Vilma Machado; GOMES, Jorge da Rocha - Universidade de São Paulo, Brasil.

This study was done in the Nursing School of São Paulo University (EEUSP), with the purpose of contributing to studies about the labor conditions, as well as in order to guide the actions related to the worker's health, mainly at EEUSP.

In order to identify the working hazards of the operational technicians of EEUSP, this study was based on the conceptions of the social determination of the health-sickness process and on the studies done in México by LAURELL; NORIEGA, (1989).

Through discussions in group and the application of theme questions it was gotten the worker's perception about their working process and from the analysis of the elements obtained, it was found the physical, chemical, biological, physiological, mechanical and psychiatric hazards.

It concludes that the psychiatric and mechanical hazards are the most frequent and important, according to the way the work is organized, as well as the instruments and ways used by the operational technicians of the Nursing School of São Paulo University.

THE ESSENTIAL HEALTH INTERVENTIONS PROJECT: TESTING PROCESSES OF PLANNING AND PRIORITY SETTING FOR IMPROVING HEALTH

Jones Arsenault, Lori, Finlay, Joel, Madden, Karen. International Development Research Centre, Canada.

There is a critical need for improving health in most areas of the world, and yet there are increasingly limited funds available for essential health activities. The challenge facing many countries is therefore to improve their health delivery systems. The Essential Health Interventions Project (EHIP) is a response to this challenge. EHIP is a research and development initiative designed to generate new knowledge in support of the planning and delivery of essential public and clinical health resources. The project will examine the feasibility of institutionalizing an evidence-based approach to planning using burden of disease and cost-effectiveness measurements as tools for setting priorities and allocating health resources. This paper examines the purpose and approach of EHIP, and focuses on what the project hopes to accomplish. In particular, reference will be made to Tanzania, which is the first partnership country for EHIP. EHIP provides an excellent opportunity to build upon the changes proposed under Tanzania's strategy for health care reform by testing the feasibility of such a new approach to planning.

MINISTERIO DE SALUD - SUB - REGION DE SALUD PROGRAMA DE SALUD BASICA PARA TODOS

RESUMEN

Dr. Santiago Saco Méndez

El Ministerio de Salud del Perú, está implementando el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT), cuyo objetivo esta orientado a mejorar en cantidad y calidad la inversión estatal de Salud, como cumplimiento del rol que le compete al Estado; mediante un Paquete Básico y orientado a mejorar sustancialmente el nivel de Salud; dando preferencia a las poblaciones rurales y urbano marginales en situación de extrema pobreza.

El PSBPT se constituye actualmente en el eje vertebrador del accionar del MINSA, hasta consolidar la reforma del sector.

El Programa que se inició en Agosto de 1994, viene teniendo logros significativos; a la fecha ha dotado de personal profesional (médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos y técnicos) a todos los establecimientos de Salud, dando atención durante 12 horas efectivas y 24 horas de atención de emergencia.

Así mismo el PSBPT ha proporcionado medicamentos, equipos y mobiliario a los establecimientos y ha refaccionado la infraestructura física.

En este tiempo transcurrido, las atenciones y atendidos se ha incrementado significativamente, también las actividades extramurales, con lo que se ha logrado coberturas en inmunizaciones cercanas a 100 % como parte importante del Programa.

De otra parte el PSBPT esta convocando la participación de la población en la administración de los servicios de salud a través de los Comites Locales de Administración de Servicios de Salud, (CLAS), Sub-programa del PSBPT.

Interventions in supply and demand factors of behavioural change towards outcome management in occupational health services

Behrens, Jean, Germany

The German Work Safety Law is an example of regulation of public health promulgated by the state but executed by private companies and supported by professionals such as company physicians. There are two strategies to change professional behavior towards outcome management:

1. Investments in the supply side, which includes the provisions for health physicians and their formal qualifications.
2. Investments focusing on the demand-side, like state regulations directly addressing the safety and health culture of companies.

The study evaluates the extend to which West German company doctors reported that they often carried out the workplace related activities as required by the German Work Security Law. Four research steps were undertaken: Postal questionnaires were completed by 502 of West German company physicians in 1990. Theme centered interviews with 49 company physicians, participant observations for 15 days, and group discussions including survey feedback were undertaken.

About one third of those who responded, reported that they often carried out the requirements of the German Work Safety Law with regard to workplace-related prevention. A logistic regression analysis was applied to discover the factors that influenced compliance. The study might indicate that it is not enough to focus on the supply side, which includes the provisions for health physicians and their formal qualifications. Causally interpreted, higher qualifications and better provisions are not enough on their own to enable company physicians to comply properly with prevention orientated work-related legal requirements. More important are requirements focusing on the demand-side, like state regulations directly addressing the safety and health culture of companies, particularly requirements relating to prevention policy. This means that good qualifications of company physicians and their provisions should be combined with regulations and controls as prerequisites an adequate preventive health and safety policy.

KEYWORDS: BEHAVIOURAL IMPROVEMENT; INTERVENTIONS IN SUPPLY AND DEMAND FACTORS; OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES

SOCIAL UNEQUALITY AND HEALTH

Kurbansho, Mirzo-Ali. Center of Traditional Medicine, Tajikistan.

I would like to present the look at the differences of rate of the morbidity and mortality of population of Tajikistan before 1985 and after 1990. As known in the former Soviet Union all the population have been covered by free State medical service. Then, because of great changes in social life, civilian war, the lack of finances of the State system of health, the medical service of population has deteriorated. The difference in the level of life quality between the high and low-paid strata of population is getting more evident. Thus, it is quite clear and visible that parts of population are suffering more because it is difficult for them to fit in the new situation. Proper medical service mostly is not accessible for the single pensioners, single mothers, invalids, handicapped. The rate of women with anemia has increased, usually that women are villagers and a great number of them are also in the cities from the pure families. However, particularly it concerns a village population, as they have traditionally big families and they are less supplied by medical service, food stuff, proper clothes. The patients with diabetes, hypertonia, heart morbidities are quite often in danger. The price of medicine is too expensive for them, they cannot get proper treatment, because it takes much time and it is expensive. This and many other reasons lead to the increased rate of morbidity and mortality in the folks with low income.

LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN SOINS PALLIATIFS.

Devos, Martine, Reginster-Haneuse, G., Gosset, C., Gardier, S., U. Liège, Belgique.

L'objectif principal est d'analyser les attitudes, les représentations et les comportements des médecins généralistes en matière de médecine de fin de vie dans le but d'élaborer des propositions concrètes dans les domaines de la formation, de la reconnaissance professionnelle, de la liaison avec les institutions hospitalières et l'aide aux soins d'accompagnement. Ce sont les médecins de la région verviétoise qui ont été choisis comme interlocuteurs pour cette enquête. En effet, cette région est très dynamique dans le domaine des soins palliatifs et offre une large gamme de services d'aide aux mourants. L'enquête a été réalisée en deux étapes : une phase basée sur des méthodes qualitatives (interviews de groupes) et une phase quantitative par questionnaire anonyme auto-administré. Les omnipraticiens s'estiment mal formés dans le domaine des soins palliatifs hormis en ce qui concerne les aspects physiques de la maladie. Selon eux, une formation idéale devrait être plus pratique que théorique et favoriser l'échange d'expériences entre soignants. Nous avons observé que la présence de structures d'aide proches du lieu d'exercice du praticien avait une influence sur ses comportements puisque les médecins y font significativement plus souvent appel. C'est avec la coordination de soins à domicile que les médecins généralistes travaillent préférentiellement. Ils pensent par là bénéficier d'une aide technique et mieux traiter la douleur. Les médecins généralistes préfèrent maintenir le patient au domicile. C'est en dernier recours qu'ils l'envoient à l'hôpital car ils redoutent d'être exclus des prises de décisions. Toutefois, ils ne peuvent pas toujours maintenir le patient au domicile parce que la pathologie est trop lourde et/ou le patient trop isolé. Les difficultés qu'ils rencontrent sont d'ordre financier, pratique et humain.

CCEE PHYSICIANS: REVOLUTIONARIES, REFORMERS OR JUST PROFESSIONALS

Oreskovic, Stipe. U. of Zagreb School of Medicine, Croatia

Before 1980s the physicians' strikes were rare and conjured up frightening images of lay persons - that of physicians abandoning patients. Now, strikes have become more common. Western physicians have conducted large-scale strikes against governments or private strikes on at least 20 occasions in the past 25 years. Changes in attitudes toward strikes were a reflection of the changes in the characteristics of their profession (increasing loss of profession autonomy, extremely work autonomy, elitist status, monopoly of knowledge, authority over clients, freedom from third-party interference). While physicians' strikes in the Western countries have been the subject of several reports only few studies have addressed how physicians in the CCEE countries behave during a strike. What are the characteristics of physicians' strikes and protest actions emerging in the CCEE during the period of health care reforms and economic and health transitions? Before 1990 the wages in FSE were below what can be called "efficiency wage". In such circumstances survival considerations taken precedence over contractual obligations and professional pride. This led to a low morale, to the request for money "under the table", and to great absenteeism. New experiences after reforms of health care systems in 1990s, that were initiated mainly because of physicians professional dissatisfaction and low salaries, show new patterns, different demands and new type of strike behavior. Even before establishing a "normal" type of professional organisations and adopting the rules of professional behavior, the CCEE physicians are turning to unionsim.

ANNULÉ

DO WOMEN PREFER TO CONSULT WOMEN PHYSICIANS? THE IMPLICATIONS FOR PRIMARY HEALTH CARE POLICY.

David Phillips, Brooks, F University of Sheffield UK

Many studies have identified a preference among women for consultation with a woman health worker for specific women's health issues, particularly in relation to reproductive health. Women's preferences in relation to general health consultations are less clear cut. Apparently contradictory findings have emerged both within and between nations on stated preferences and actual consultation choice.

This paper sets out to explore key aspects of women users views of women GP's and practice nurses within primary health care settings. The extent to which women users of primary health care services actively seek female health workers for the provision of their primary health care needs including preventive health care is examined.

The findings presented in this paper are from a three year research project employing both quantitative and qualitative methods, which aimed to develop an understanding of the role women primary health care workers play in the construction and provision of primary health care services for women. In interpreting the results an explanatory framework was developed which can help to explain the apparently contradictory findings in previous studies. The paper concludes with a discussion of the policy implications for the resourcing in human terms of primary health care services

A COMPUTERIZED MEDICAL RECORD THAT MIXES TOGETHER HUMANS AND NON-HUMANS

Lehoux, Pascale, Sicotte, C., Denis, J.-L., U. de Montréal, Canada.

The actors network theory (Latour, 1989; Callon, 1987) has been used as a framework in the evaluation of the implementation of a computerized medical record in four hospitals in Quebec. According to this theory, innovation is part of a sociotechnical web intended to raise actors' interest. The daring of this theory is to merge the heterogeneous mixture of humans and non-humans. A peculiar combination of knowledge and tasks is activated by the use of a technical system. If this task distribution is contested, if it is dysfunctional, or if it asks for a complete renewal of organizational practice, then operating within the technical web becomes strenuous. Hence, classical evaluation studies are often overwhelmed with the disentanglement of innovation deficiencies from management shortcomings. Our empirical data is based on 29 semi-structured interviews with project managers —administrator, physician, nurse, archivist, or pharmacist— and on document analysis (promotional activities, user training and monitoring of the implementation process). The computerized medical record was meant to enhance quality of care meanwhile allowing a tighter administrative control. However, administrators, physicians and nurses are not interested in the informatization project for the very same reasons nor with the same degree of involvement. Moreover, this innovation implicitly carried a profound redefinition of clinical practice. As a result, implementation could not be achieved mainly because of the burdensome negotiation of work reorganization. That is, the innovative sharing of knowledge and tasks between humans and non-humans could not successfully replace the traditional paper record.

« DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE A LA GREFFE DE CELLULES DU SANG EN CANCEROLOGIE: ANATOMIE D'UNE SUBSTITUTION »

Moatti, Jean-Paul, Fortanier, C., Mannoni, G., INSERM U379, FRANCE

Au cours des cinq dernières années, une approche technologique a bouleversé le domaine de la transplantation de moelle et de la chimiothérapie en cancérologie: l'utilisation de nouvelles sources de cellules comme greffon, les cellules du sang, grâce au développement de technologies permettant l'enrichissement des greffons, leur purification et éventuellement leur manipulation *ex vivo*. La greffe de cellules du sang s'est rapidement substituée, en particulier en France, à la greffe de moelle osseuse. Dans cette communication, nous tenterons d'expliquer pourquoi la greffe de cellules du sang, parce qu'elle préfigure des développements futurs en matière de thérapie cellulaire et de thérapie génique, s'est trouvée propulsée du rang d'innovation technique substitutive aux thérapies de support en cancérologie, dont l'intérêt scientifique est indéniable, à celui d'une innovation perturbatrice dans le domaine de l'utilisation des produits humains à usage thérapeutique. En France, le débat sur la qualification même de ces produits d'origine humaine à fin thérapeutique est loin d'être encore tranché: ces produits pourraient être alternativement considérés comme des médicaments (donc, produits par l'industrie pharmaceutique) ou au contraire comme des produits spécifiques dont la production serait réalisée par des établissements de santé. Nous nous efforcerons d'étudier ce processus d'innovation suivi en temps réel en analysant les stratégies des acteurs concernés par son adoption (établissements de soins — publics, privés à but lucratif et non lucratif—, établissements de transfusion sanguine, industries, organismes financiers, pouvoirs publics)

CONCEPTUAL ISSUES IN DEFINING TECHNOLOGIES FOR COVERAGE DECISION MAKING

Giacomini, Mita. McMaster University, Ontario, Canada

Many jurisdictions, from national to local, public to private, face the task of determining "appropriate" health services for insurance coverage. Much of the analytic work in this area has concentrated on developing algorithms for determining "appropriateness;" little attention has been yet given to conceptual issues in defining "services," or technologies, themselves. Popular reform proposals concerned with population health, social determinants of health, and distributional equity ask us to make tradeoffs between services fundamentally different in scale, function, vested interests, outcome objectives, etc. We are coming to realize that it may not be any simpler to define the salient features of a service than it is to evaluate it for appropriateness.

This paper will survey four conceptual issues in defining services for coverage decision making. Four questions are suggested as a starting point for clarifying values in evaluating the social implications of (especially new) technologies. First, how should we define discrete technologies, in systems of services? Technology assessment typically asks us to consider technologies as discrete tradeoffs, rather than as elements embedded in a system. Second, what is the service for - in particular, is the technology for a problem that should be "medicalized"? Third, whose interests promote the technology? This is especially important to ask because most recommended evaluation (e.g., demonstrated effectiveness through randomized controlled trials) involves a great deal of advocacy and expense. Finally, whom does the technology serve; is it appropriate for various populations "in need"? Often evaluative tradeoffs in technology assessment are posed as contests between technologies themselves, and not between competing population needs. Each of these principles and problems will be discussed in turn, and will be illustrated with examples from recent service "delisting" exercises in Canada (e.g., in vitro fertilization).

MEDICAL ETHICS, THE DIFFUSION OF FETAL MALFORMATIONS DIAGNOSTIC TECHNOLOGIES AND ANTI-ABORTION LEGISLATION: THE SITUATION IN BRAZIL.

Novaes, H. M. D. U. of Aão Paulo, Brazil

The recent intensive diffusion of fetal malformations diagnostic technologies, particularly ultrasonography, in urban Brazil, quite frequently in than satisfactory technical conditions, in a country with a strict anti-abortion legislation, has led to frequent ethical dilemmas for health professionals and their patients, and the way society has been coping with these problems will be presented through the analysis of related articles that appeared in medical publications and specialized sections in leading newspapers from 1990 to 1995. The study shows that the existing conflicts are being dealt with largely in a private manner, without their recognition as an important public health problem.

MODELOS DE REDES NEURONALES PARA OBTENER FACTORES DETERMINANTES EN LA MORTALIDAD Y ESTADÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Chacón, Max. U. de La Frontera, Temuco, Chile
Panerai R. U. Leicester, Inglaterra.

Se aprovechan las características no-lineales de las Redes Neuronales Artificiales (RNA), de aprendizaje supervisado, para determinar factores de entrada a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que no son influenciados por la aplicación de tecnologías en la unidad, los cuales son denominados factores determinantes. Para realizar el modelo se usaron 523 pacientes, correspondientes a un año de internación de dos UCIN. Las entradas de las RNA fueron *Peso de Nacimiento*, *Edad Gestacional*, *Apgar*, *ocho grupos de diagnósticos de entrada* y *20 de las tecnologías mas importantes usadas en la unidad*. Como salidas se usó la *mortalidad* y la *estadía* de los pacientes en la unidad. Para determinar la influencia de las entradas en las variables de salida, se produjeron variaciones en las entradas y se midieron las correspondientes respuestas en las salidas. Puesto que los datos fueron obtenidos de pacientes que solo usaron tecnologías, entonces las variables determinantes son las que producen mayor variación a las salidas, sin importar la aplicación de tecnologías. Las variables determinantes resultaron ser: *Peso de Nacimiento*, *Edad Gestacional*, *Apgar* y sólo el grupo de diagnósticos que agrupaba las *Malformaciones Congénitas*. Estos resultados coinciden con índices creados para determinar gravedad de enfermedad en neonatos, además las redes neuronales permiten describir las características no-lineales de estas relaciones e incorporar diversas variables como el tiempo de aplicación de las tecnologías y medir su influencia en los resultados de las unidades.

HEALTH CARE COSTS IN HEART DISEASE CAN BE DRAMATICALLY DECREASED IF PATIENTS AND PHYSICIANS REDUCE THEIR EXPECTATIONS OF HIGH TECHNOLOGY MEDICINE.

Schaman, John, M.D., Ontario Aerobics Centre, Breslau, Ontario, Canada

Coronary heart disease is the number one health problem in the modern world. This disease is known to be progressive, starting before the teenage years and progressing throughout life. Unfortunately life is often prematurely cut short by this disease and health care costs are astronomical. After practicing medicine in the field of cardiovascular prevention and rehabilitation for 20 years the author's philosophies of practice have drastically changed. The failure of accepted treatment strategies has led to the author's disenchantment with high technology medicine and the trend of the patient to want 'to be looked after'. In the field of heart disease, there is no question that the most important 'health practitioner' is the patient. Unfortunately most patients do not take responsibility for themselves and modern medicine spends less and less time with them. The tendency to rely on high technology treatment and 'miracle drugs' by both the patient and the physician has led to worsening health in our 'modern world'. This paper looks at the 17 year experience at a cardiac rehabilitation clinic and shows how recent changes from high technology treatment to a very aggressive lifestyle approach, have led to a dramatic improvement in outcomes. Recent studies in the US have shown that every dollar spent in teaching and promoting aggressive and comprehensive lifestyle and dietary principles to heart patients, results in a saving of five to six dollars to the American insurance companies. Unfortunately there is no financial gain for anyone to spread this philosophy (other than insurance companies and governments), as there is in the industry of high technology and pharmaceuticals.

THE CURRENT DEBATE ABOUT "REAL SCIENCE" VS. "JUNK SCIENCE": THE IMPACT ON POLICIES REGULATING THE MANUFACTURE AND DISTRIBUTION OF SILICONE GEL-FILLED BREAST IMPLANTS

White Stewart, Mary. University of Nevada, United States.

The current international debate regarding the safety and efficacy of silicone gel-filled breast implants has important implications for health care policies. This debate is fueled by disagreements within both the medical and legal communities. In particular, recent studies by prestigious institutions have suggested that silicone gel-filled breast implants should never have been removed from the market in the United States. The results of these studies, popularly referred to as "The Harvard Study" and "The Mayo Study", have been highly controversial. Nonetheless, many in the medical community, including the American College of Rheumatology, have accepted these findings as "real science" and dismissed other evidence as "junk science". The fact that silicone gel-filled breast implants are available outside the United States suggests that we need to take a careful look at the impact of this current controversy on health care policy. This paper will review the studies offered on each side and their impact on policy.

HEALTH POLICY AND THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONS.

Larkin, Gerald. V., Sheffield Hallam University, UK.

Over the past century the division of labour in health care has expanded continuously, in overall size but in particular through a complex process of past and continuing professionalisation. This widespread phenomenon characteristically has taken the form of ever-growing occupational hierarchies, found within but most notably between health care professions. These have come to be ranked by differences in status, authority, income, knowledge and training which influence the organisation of services. This paper first historically reviews the principal stages and direction hitherto of the 'hierarchalising' process. As governments towards the century's end are reviewing the legal frameworks of professional regulation, it is argued that professional identities require fundamental change. A new concept of professionalism is required to inform policy development. Some elements of a reformed concept are suggested to assist in the transformation of archaic notions of professionalism as developed in earlier periods of health care practice.

DIVERGENCES IN PHYSICIAN WORK FORCE POLICIES IN CANADA AND THE UNITED STATES SINCE 1970

Sullivan, Robert. University of Wisconsin, USA.

Evidence suggests that the size, geographic distribution, and specialty mix of the physician work force have become contributors to the health care cost spiral. Canada and the United States face some of the same problems in physician supply and distribution. Unlike the U.S., however, in recent years Canadian provinces have been making changes in their physician work force policies that address these issues. Of particular note, Canadian provinces have developed policies that limit medical school enrollments, adjust the specialty training mix to accord better with needs, and establish physician practice location incentives. This paper proceeds on the assumption that historical and contemporary similarities between medical care systems in Canada and the United States make comparisons between them potentially valuable. It compares and contrasts the relative size and specialty composition of the Canadian and U.S. work forces, then offers an historical perspective on the evolution of work force planning in the two countries and discusses how Canadian initiatives have recently diverged from American policy, particularly since the late 1980s. It concludes that without the points of leverage for change that exist in Canada, U.S. policy-makers will have considerable difficulty influencing physician work force growth and specialization rates in the future.

PHYSICIAN RESOURCE MANAGEMENT: A COMPARISON OF PROGRAMS IN ATLANTIC CANADA.

Reamy, Jack, Xavier University, USA

Physician resource management plans are being set in motion across Canada in an effort to manage the number, mix, and distribution of physician resources. This paper describes plans recently implemented in the Atlantic Provinces of New Brunswick, Newfoundland, Nova Scotia, and Prince Edward Island. The methods used in each province are compared, with common and disparate techniques identified. Each of the Atlantic Provinces faced the reality that the number of physicians was growing more rapidly than the population, with declining fiscal resources available. To ensure adequate physician resources, appropriately distributed geographically and by specialty, each province has initiated a physician resource management plan, although each is at a different stage in the process. The Atlantic Provinces have many similarities, however, the structure of the plans reflect the unique characteristics of each province, both geographic and political. This study demonstrates how physician resource management plans may have differing structures, with common goals. The plans in the Atlantic Provinces provide examples of varied approaches to managing physician resources more efficiently within a fiscally constrained environment.

MEDICAL SPECIALISTS IN BRAZIL: FORMATION, LABOUR MARKET AND CORPORATIVE STRUCTURE

Rego, Sergio, Machado, M.H., Vieira, M., Teixeira, M., Pinto, L.F.S. National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Brazil

The specialization in medicine is one of the main tendencies in medical practice in Brazil and in the whole world. Although the official medical education policy in Brazil focuses its attention on the formation of generalists, the work market have the specialists dominance. With the aim of contribute in the comprehension of this phenomenon, the Health Ministry asked us to carry out this exploratory investigation about the formation, geographic distribution and professional regulation of medical specialists. The methodology included the systematization and analysis of the data bank from the Health, Education and Labour Ministries, Public Health Insurance, Scientific Organizations, Trade Unions, etc. The study shows the tendency of superspecialization, the irregular geographic distribution of the medical specialists and the poor regulation of the professionals.

ENQUÊTE SUR LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS QUATRE TYPES DE PROGRAMMES OFFERTS DANS LES CLSC DU QUÉBEC.

D'Amour, Danielle, Sicotte, C., Moreau, M.P., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., U. de Montréal, Canada.

Les centres locaux de services communautaires ont mis de l'avant, depuis plus de vingt ans, un modèle d'organisation du travail basé sur la collaboration des professionnels de diverses disciplines du social et du médical. Cette organisation du travail devait permettre d'offrir des services selon une approche globale et intégrée. Or, l'actualisation de cette collaboration rencontre de nombreuses difficultés liées au système professionnel et au contexte organisationnel. Le but de la présente étude est de mettre en lumière les différents modèles de collaboration interprofessionnelle que l'on retrouve dans les CLSC et d'identifier certaines caractéristiques organisationnelles associées aux différents modèles de collaboration. Une enquête a été menée auprès des 176 CLSC du Québec. La présentation portera sur le modèle théorique de la collaboration interprofessionnelle ainsi que sur certains résultats relativement à trois dimensions du modèle, soit le climat, l'orientation des acteurs et les processus cliniques. Une analyse comparative des résultats obtenus dans les quatre principaux programmes en CLSC permet d'apporter un éclairage nouveau sur la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne.

THE CONCEPT OF "HORRENDOUS DEATH," AND ITS IMPLICATIONS FOR GLOBAL HEALTH POLICY

Leviton, Daniel, University of Maryland, USA

The Horrendous Death, Global Health and Well-being Concept (Horrendous Death Concept for short) links Thanatology and Public Health, and suggests global health policy. Horrendous Death is the label for those deaths caused by people, hence they are preventable. One type is characterized by the motivation to kill others. Examples are homicide, genocide, terrorism, war, and intentioned starvation. In the second type, murderous motivation is lacking. Examples are accidents, smoking and drug abuse, environmental assaults, and indirectly as a result of poverty and/or racism. The goal of the Horrendous Death Concept is to apply existing research to eliminate the root causes and symptoms of Horrendous Death. The process involves integrating representatives of 11 domains of influence and power to implement existing research to reduce or eliminate Horrendous Death. They are finance, politics, medicine-public health, the military, education, labor, industry-business, the media, philanthropy, and the community. Their motivation? It is in their best economic and health interests to do so. No one can escape the threat of Horrendous Death regardless of their influence, power, or station, yet most people wish their families and themselves to live both long and well. Thus removal of the denial of personal and familial vulnerability and mortality is *sine qua non* to action. Recommended policy focuses on "actions" ranging from a variation of a global Manhattan Project to local community efforts, and modifying the WHO definition of health.

INFORMATION ON DRUGS - A MATTER OF PUBLIC INTEREST OR PRIVATE BUSINESS?

Ollila Eeva, Hemminki E

Department of Public Health, University of Helsinki, Finland and Health Services Research Unit, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland

Since the original licensing of Norplant[®] implantable contraceptives in Finland in 1983, it has been licensed in more than 40 countries, most of them in the Third World. Because of the importance of original licensing in an industrialized country for drug regulation in many Third World countries, we wanted to study the clinical documentation on which the licensing was based in Finland. The application for a permission to do this study was submitted to the Ministry of Social Affairs and Health in 1989. The process of dealing with our application is still going on. The purpose of this paper is to study the possibilities of evaluating the quality of drug control, the constraints introduced by laws concerning business secrecy, and the implications of restricted access to essential information on drugs by using the material produced during the process. The attention has centered on defining what information does or does not contain business secrets, and who is authorized to make the classification. The problems arising from considering information on the safety and efficacy of drugs and their assessment as business secrets, and the difficulties of relying such information without a consent from the industry are discussed. They include restricted possibilities for quality control of drug licensing, the more prominent role of the industry in defining the benefits and risks of their own products and the regarding drugs increasingly as mainly part of the business world.

ESSENTIAL DRUGS AND HEALTH POLICIES IN BRAZIL: A CHALLENGE FOR DEVELOPMENT OF SOCIAL EQUITY

Bermudez, Jorge. National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Brasil.

Main characteristics of pharmaceutical industry in Brazil show one of the world's largest markets, estimating more than 6,000 million dollars spent yearly, with over 70% of production led by transnational companies. Drug prices have risen near 100% above inflation rates during the period range from 1992 to 1995, making it more difficult for low-income populations to have access to them. In spite of a budget over 800 million dollars approved for Ministry of Health essential drugs (ED) procurement for 1996, there is a lack of long-term and consistent guidelines in ED policies within Health programs in Brazil. Based on a situational analysis and the different social actors involved, this paper proposes a national program based on development of technologies for production of raw materials for pharmaceutical products and discusses the need of implementing the basis for a generic drug program within ED market, with bioequivalent and interchangeable products in Brazil. Otherwise, the severe market concentration, whereas 60% of production benefits only 23% of population will not be bypassed, besides increasing technological and economical dependency as a gap avoiding social equity in this field in Brazil.

TRENDS IN THE MEXICAN ESSENTIAL DRUG LIST

Kravzov, Jaime and Altagracia, M. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, D.F.

In the 1980s Mexico decided to develop new drug policies in order to address the rational use of drugs, to increase the development of the national pharmaceutical industry, and to improve the self-sustainment of raw materials and the complete access of drugs to the Public Health Sector (PHS). The Essential Drug List (EDLs) of all the PHS institutions were reviewed and a single list was developed for all of them. These list have been implemented and reviewed over the years and are considered a tool to unify therapeutic criteria in the sector and to limit the number of items that would be purchased by the PHS. The objectives of this work are to review the main trends in the Mexican EDL, to analyze ED selection and to measure the impact of government pharmaceutical policies to achieve the accessibility of essential drugs for the population covered by the PHS. We used the 1984 EDL as a master list and other changes (1984-1985) were considered addition or deletion to it. In conclusion, the Mexican EDL remained a very useful instrument for the selection and rationalization of drug therapy. The list in its present form meets its objectives of defining those drugs that can be considered truly essential. However, the inclusion of new items on the list, of which very few are significant therapeutical advances is a matter of concern. The list by itself does not guarantee the correct use of the drugs. It has never been widely distributed or promoted, it also has limited dissemination and utilization by health professionals. In the last few years the pharmaceutical policies have been dominated by the need to adjust legislation and actions to the requirements of the North American Free Trade Agreement (NAFTA) with the USA and Canada. These policies have already impacted in decreasing the public spending on health and a lack of aggressive activities in the PHS to increase coverage.

DRUG POLICY IN THE REPUBLIC OF ARMENIA.

Gabrielian, Emil and Kazarian, I.
Drug Administration, Republic of Armenia.

Every country needs a good health system of which an essential part is the drug policy. Principles of different countries' drug policy are largely determined by the level of their socio-economic development and from a number other factors. The transition processes taking place at present in the Newly Independent States cover all spheres of life and activity and necessitate a well thought-out policy in all areas related to health care including drug policy. Thus, the purpose of study has been a formulating through comprehensive and comparative analysis recommendation on a new system of organization of the pharmaceutical sector in the Republic of Armenia. Diagnosing the situation in the State has been implemented by means of selected socio-economic and health-related indicators. It shows that Armenia is conducting far-reaching reforms in the fields of public health and the pharmaceutical sector from the first days of independence and has some achievements, particularly the private pharmaceutical sector has been created in the State. Analysis also shows that there are important differences in selected indicators between post-socialist countries and those in industrialized and developing countries. In addition, the ill thought-out drug policy in the former USSR has led to an insufficient level of pharmaceutical industry and the pharmaceutical sector development. Furthermore, the on-going transformation, both in generalized socio-economic situation and the pharmaceutical sector itself, have led to sharply decreasing availability and affordability of pharmaceuticals for the public. The results of study show that at this stage of drug policy formulation the most urgent measures should be an adoption of Drug Law and a creation of a new system of financing, pricing, reimbursement and cost containment of pharmaceuticals.

ATELIERS / WORKSHOPS / TALLERES

THÈME / THEME / TEMA

C

Dispensation des soins de santé

Delivery of Health Care

Producción de servicios de salud

LE SUIVI POST-HOSPITALISATION À L'UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE : QUELS PATIENTS S'Y CONFORMENT ET POURQUOI?

Leduc Nicole, Bergman H., Tannenbaum TN, Champagne F., U. de Montréal et U. McGill, Canada.

Plusieurs hôpitaux de courte durée du Québec (Canada) ont développé au cours des dernières années des unités de courte durée gériatrique (UCDG). Après une évaluation globale, un ensemble de services médicaux, infirmiers et communautaires est mis en place dans le but de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer au sein de la communauté le plus longtemps possible après leur sortie de l'hôpital; parmi ceux-ci, un suivi à la clinique externe de gériatrie est prévu. *Objectifs* : Évaluer la proportion de patients qui reviennent pour le suivi et identifier les facteurs influençant la conformité au suivi. *Méthodes* : Entrevues lors du congé et six semaines plus tard à domicile avec 211 patients de l'UCDG d'un hôpital universitaire de Montréal au cours d'une période de vingt mois et revue des dossiers médicaux. *Résultats* : 71% des patients sont revenus pour leur suivi. Ceux dont le rendez-vous à la clinique externe a été pris avant leur départ de l'hôpital avaient une probabilité 37,3 plus élevée de se présenter pour leur suivi. Ceux habitant à la maison plutôt qu'en famille d'accueil et ceux dont l'état fonctionnel était moindre présentaient également une probabilité plus élevée de se conformer au suivi. Paradoxalement, ceux dont l'état de santé s'était détérioré après leur sortie de l'hôpital avaient 3,9 fois moins de chance de s'y présenter. *Conclusion* : Ces résultats montrent l'importance d'impliquer le personnel des UCDG dans la planification du retour à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Title: DIAGNOSTIC IMAGING UTILIZATION REDUCTION BY PRIMARY CARE PROVIDERS FOLLOWING TELEPHONE CAMPAIGN IN A MANAGED CARE ENVIRONMENT.

Walid A. Hindo, M.D., Alan H. Spiro, M.D., Scott S. Seberg, M.A., Donna Ruggles, R.T.R., Barbara J. Murphy, R.N., M.A., Alan P. Mintz, M.D., United States
Finch University of Health Sciences/The Chicago Medical School, Chicago, IL
United States

Purpose: Reduce unnecessary imaging examinations in management of low back pain.

Methods:

- Identify physicians with heavy utilization of imaging procedures.
- Mail letter outlining guidelines in management of low back pain to these physicians.
- Contact these physicians and review material received.
- Reanalyze data of utilization 60 days after contact.

Results:	Plans	Utilization Reduction
	Plan A (East)	17%
	Plan B (Midwest)	11%
	Plan C (Midwest)	10%
	Plan D (West)	8%

Conclusion: Significant reduction can be achieved in imaging of low back pain with no change in management or outcome with well designed educational efforts. Academic radiologist can play a significant role in improving care and cutting costs in low back pain syndrome and other similar clinical situations with similar strategies.

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA TÉCNICA DE LOS HOSPITALES MEDIANTE TÉCNICAS NO PARAMÉTRICAS E IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES ECONOMÍAS DE GAMA.

Prior, Diego, Solá, Magda, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España.

El creciente interés por el aumento de la eficiencia en el sector sanitario ha conducido al desarrollo y aplicación de modelos que se adecúan a las características de estas unidades, cuyos problemas metodológicos son comunes a toda organización multiproducto. Con este objetivo, se ha planteado, a partir de la metodología D.E.A. (Data Envelopment Analysis), la definición de un modelo de análisis que permita identificar los posibles ahorros en eficiencia para los hospitales que ofrezcan una combinación adecuada de sus servicios (economías de gama). El resultado de la aplicación de estos modelos, basados en una muestra de 50 hospitales de Cataluña, permite cuantificar las ineficiencias de los hospitales y la existencia de potenciales economías de gama. Además, la posibilidad de obtener importantes mejoras de eficiencia, si se logra combinar la producción de determinados servicios, es decir, si se logra ofrecer el case-mix óptimo que facilitaría la obtención de los costes mínimos.

APPLICABILITY OF EPISTEMIC ALTERNATIVES TO HEALTH POLICY ANALYSIS

Bučionis, Vytautas. Kaunas Medical Academy, Lithuania.

The purpose of this presentation is to widen the scope of applicability of alternative approaches to health policy analysis (HPA). Along this goal, a constructivist-based descriptive methodology and an existence of epistemic alternatives to HPA are applied using as a key to construction of a conceptual continuity of the HPA. The rigidity of approaches to HPA remains as narrowing complexity of the health policy field along a causalism-based health needs concept. The gap between the traditional and alternative taxonomy of health policy ideological approaches exists, and its epistemic interpretation is still far from being compatible with the holistic - non-holistic distinction proposed in the health practice empirical frame. Fulfilling this gap could relate to and in so doing should join different concepts and should make them more operational. We have been applying such a view in conceptualisation and identification of Lithuania's health system reform. It led us to develop and apply a *legal norm* of the the health activity as an enveloping system for the health system construction. The result was found the institutionalisation of the trans-sectoral health activity system. The conclusion is reached that operationalisation of ideological alternatives to HPA makes some new ways of the common problems practical solving, a methodological articulation between epistemic and empirical challenges being the main start-point.

PERSPECTIVE SUR LES SERVICES DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN ESPAGNE

Béland, François, Ph.D., Université de Montréal, Canada
Zunzunegui, M.V., Escuela Andaluza de Salud Publica, Espagne

Les services de longue durée (SLD), ou encore les services continus, aux personnes âgées font l'objet d'énoncés politiques dans à peu près tous les pays occidentaux. Les mêmes dilemmes et enjeux se retrouvent partout : 1) quels sont les critères d'accès à des services qui s'occupent d'une population à la problématique complexifiée par la conjonction d'incapacités fonctionnelles, de déficience et de maladies chroniques? 2) comment assurer la continuité du soutien familial aux personnes âgées tout en appuyant ses efforts par des interventions publiques? 3) les services communautaires et le soutien familial peuvent-ils retarder l'hébergement en résidence médicalisée? 4) quel est l'effet de la contribution des usagers aux services communautaires sur l'accès? Ces quatre dilemmes sont examinés à l'aide de données recueillies auprès d'un échantillon de 1283 personnes âgées de Leganés, une banlieue de Madrid, en Espagne. De l'analyse des données on peut conclure que l'accès aux SLD ne saurait se fonder sur un critère strictement médical, que sans le soutien familial, la politique envers les personnes âgées en Espagne s'effondrerait et que les frais modérateurs pour les SLD ont un effet désastreux sur l'accès.

ETUDE DE LA CAPACITE DE RESOLUTION DES PROBLEMES DE SANTE PRIMAIRE DANS LE RESEAU DE SANTE PUBLIC CHILIEN

Reinharz Daniel, A.-P. Contandriopoulos, Université de Montréal, Canada; N. Bertoni, G. Solimano, CORSAPS, Chili; J. Hatcher-Roberts, IDRC, CANADA

Au Chili, depuis le retour à la démocratie, des efforts considérables ont été entrepris par le gouvernement pour améliorer le service public de soins et le rendre plus cohérents avec les besoins de la population. Trois grands sujets ont plus particulièrement été visés: l'amélioration du fonctionnement des centres de soins de santé primaires (CSSP), l'amélioration de l'interface CSSP-hôpitaux et la rénovation des hôpitaux. Pourtant, on observe que le système public de soins reste non-intégré et inefficace et que ce système et plus particulièrement ses CSSP sont de plus en plus rejetés par la population. Deux explications peuvent être avancées pour tenter de comprendre la poursuite de la désaffection et de l'insatisfaction face aux services publics. D'une part, la structure organisationnelle peut influencer l'implantation de changements dans l'offre de soins. D'autre part, les mesures proposées qui semblent pourtant correspondre à un besoin réel, peuvent être insuffisantes car peu ou non-pertinentes par rapport aux facteurs qui contribuent à la désaffection. L'étude présente vise à mieux comprendre l'offre de soins primaires dans le réseau public de soins et les déterminants associés à sa capacité résolvative des problèmes de santé prioritaires afin de mieux cerner les facteurs qui contribuent à l'utilisation non satisfaisante du secteur public des soins de santé. Dans une première partie, les résultats de la prise en charge en soins primaires dans deux CSSP et leur hôpital de référence seront étudiés. Dans une seconde étape, les déterminants de la capacité résolvative seront étudiés au moyen d'une approche systémique qui s'intéressera à chacun des deux CSSP et à leur hôpital en tant qu'organisation, ainsi qu'à l'interface entre ces différents niveaux d'offre des soins.

SERVICES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS A RISQUE

MADAME BELOUM CECILE, ASSOCIATION "AMMIE"
DPS YATENGA/OUAHIGOUYA BURKINA FASO

L'exposé a pour objectif de présenter les expériences de l'Association "A.M.N.I.E" en matière de services aux enfants et aux adolescents. L'exposé présentera les besoins de service des enfants et des adolescents dans notre pays, les services déjà rendus par l'Etat, les services non couverts et les services rendus par notre Association. Les participants pour donc échanger par rapport à notre approche avec la communauté, nos moyens d'interventions, notre collaboration avec les services techniques et nos partenaires financiers, etc. Notre intervention a pour résultats le mieux-être des bénéficiaires et la satisfaction des partenaires de l'Etat. En conclusion, les ONG sont d'un appui inestimable pour aider l'Etat à atteindre ses objectifs de santé des populations.

LA PRISE DE RISQUE DES JEUNES EN SITUATION DE GRAND REGROUPEMENT : UN DISPOSITIF DE PREVENTION EST-IL ENVISAGEABLE ?

HALLEY des FONTAINES Virginie, PAME Patricia
Service de Médecine Préventive et Sociale, Faculté de Médecine Saint-Antoine, 27 r. de Chaligny, 75571 PARIS Cx 12, FRANCE

Depuis plusieurs années une recherche-action sur les modalités de mise en oeuvre d'un dispositif de prévention au cours des festivals de musique est menée par une équipe regroupant des médecins, des travailleurs sociaux et des chercheurs en science sociale. Les informations sont recueillies suivant des techniques relevant de l'observation-participation de jeunes entrant dans des processus de marginalisation.

Les résultats sont classés selon plusieurs grands thèmes relatifs à ces populations assez disparates, mais dont le trait commun est la précarité sociale, affective et économique. Une typologie des différentes catégories a été établie en fonction des modes de vie et des comportements de santé qui en résultent. L'environnement géographique et social - les réseaux permanents et occasionnels, l'espace propre aux festivals - sont analysés comme des éléments facilitateurs ou inhibiteurs de la prise de risque.

Les actions classiques de prévention, telles que la distribution de préservatifs, paraissent sans effet dans ce contexte. L'écoute, la proximité sur les lieux de vie semblent être de meilleures amorces. La relative régularité de la fréquentation permettrait de tenter une évaluation périodique de la qualité de réception des messages.

LES SERVICES AUX ENFANTS EN ALGERIE
ATTENTES DES USAGERS, ET DISCOURS DES PROFESSIONNELS

Jean-Paul GRANGAUD*, M. MEHTOUL**, S. KERMANI*,
M. REGHAL***, A. BERRICHE*, F. LAMARI***,
J. COOK****, M. CROST****, A. TURSZ****.

L'Algérie est un pays en transition épidémiologique qui a développé, ces trente dernières années, un important réseau de soins primaires. En dépit d'une nette amélioration constatée dans le domaine de l'accessibilité, et d'une élévation des ratios personnels de santé/habitants, on constate une insatisfaction accrue à l'égard du système de santé, aussi bien de la part des usagers que des professionnels de la santé.

Cette présentation rapporte les résultats d'une enquête épidémiologique et socio-anthropologique menée durant l'année 1991 dans deux secteurs sanitaires de l'Algérois par une équipe multi-disciplinaire, dans le cadre d'une étude multicentrique.

Elle analyse les discours des usagers, qui demandent une plus grande écoute, et ceux des professionnels qui sont marqués par un modèle hospitalo-centré. Elle pose la question des changements à introduire dans l'organisation et l'évaluation du système de soins, et dans la formation des personnels, afin de mieux répondre aux attentes des usagers.

(*) Service de Pédiatrie Hôp. Aïn Taya, CHU Alger-E
(**) Université d'Oran
(***) Service de Pédiatrie, CHU de Tizi-Ouzou
(****) Centre International de l'Enfance

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : EXPÉRIENCE ORIGINELLE
DE PAIRS-AIDANTS DANS LA LUTTE CONTRE
L'UTILISATION ABUSIVE D'UNE PLANTE PSYCHOTROPE
DANS TROIS (3) VILLAGES DU BURKINA FASO

Sawadogo, Oussoumana. Centre Médical Titao, Burkina Faso.

Il fallait identifier les origines et le motif de l'utilisation de la plante psychotrope à partir des jeunes eux-mêmes. Ensuite, sensibiliser les jeunes pour qu'ils arrêtent volontairement de se droguer grâce au soutien d'autres jeunes (pairs-aidants). Ce qui ne pouvait être effectif sans l'implication et l'appui des personnes influentes du village (leaders de groupes de jeunes, chef coutumier, le pasteur et l'Imam du village). Cette même démarche locale qui mobilise toutes les forces communautaires, menées dans trois (3) villages du Burkina Faso, a permis d'éradiquer le phénomène dans ces villages en trois ans et cela permet de tirer les leçons suivantes:

1. Les initiatives locales sont et restent les moyens les plus efficaces dans la lutte contre les problèmes de santé.
2. Pour mieux réussir dans les initiatives en faveur de la santé, les organismes d'aide doivent participer au développement en donnant les moyens d'agir et se charger de l'évaluation.

ASPECTS CRITIQUES DU PROCESSUS DE DECEN-
TRALISATION DES SERVICES DE SANTE EN EMILIE-
ROMAGNE, ITALIE

Virginia Alonso Hortale (Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brésil)

Les pays qui ont réorganisé leur système de santé pendant les années 80, l'ont fait en faveur de la décentralisation des services. Les caractéristiques de cette stratégie varient selon le niveau de la mise en oeuvre. Nous avons étudié le cas de l'Emilie-Romagne, une région du nord d'Italie. L'Emilie-Romagne a commencé la réorganisation de son système de santé il y a cinq ans. Elle, par tradition, a toujours favorisé une plus grande autonomie au niveau local. Le but principal de cette réorganisation était d'arriver à une plus grande efficacité ainsi qu'à une diminution des coûts des services à la population. Celle-ci était appelée "aziendalizzazione"; c'est-à-dire l'introduction des mécanismes privés de gestion. Elle est basée sur l'accroissement de l'autonomie locale et la responsabilisation du dirigeant à la gestion des services. L'approche de l'étude est de discuter les aspects opérationnels du processus de décentralisation. Nous avons fait une étude de cas qualitatif dans «l'Assessorato alla Sanità» pour identifier les mesures prises pour favoriser la décentralisation, l'autonomie locale et la participation dans les services de santé. Pour les dirigeants les aspects positifs sont la mise en place d'un marché réglé, le renforcement de la concurrence publique/privé, et publique/publique, pour l'accroissement de l'autonomie. Et les aspects négatifs sont: le risque que ce processus amène à la privatisation, car l'administration publique italienne n'a pas d'efficacité, et la faible mise en oeuvre des réformes, car les dirigeants ont encore peu d'expertise.

PERFORMANCE APPRAISALS ACROSS CULTURES:
A CHALLENGE FOR TODAY'S MANAGER

Clarke, Heather The Montreal Children's Hospital

Today the manager in the health care system is facing new challenges in a changing world. With globalization the composition of the clientele and the personnel of many health care institutions is rapidly becoming more culturally diverse. As a result, many institutions are now making an effort to respond to the needs of patients and professionals at the service delivery level. While in the human service sector it is natural for the needs of patients to be in the forefront, it is also essential to manage a culturally diverse staff effectively. Unfortunately, few managers have received specific training in this area.

The Montreal Children's Hospital found that, although there were cross-cultural training materials that had been produced in the corporate sector, these materials were not always ideal for use in working with managers in hospitals. It is for this reason that in 1995, the Hospital's Multiculturalism Programme began producing its Cross-cultural Health Care Management Series, a series of training packages each including a video and a manual.

Using the video vignettes produced as part of the performance appraisal training package this paper explores how traditional performance assessment interviews can subtly go awry when the manager and the employee share different expectations and different ways of communicating.

THE TREND OF COMMUNITY HEALTH POLICY AND THE NEW ROLE ALLOCATIONS AMONG THE GOVERNMENTAL HEALTH ORGANIZATIONS IN JAPAN

Nakahara, Toshitaka, The Institute of Public Health, Tokyo, Japan

In 1994 the Community Health Law was legislated after the amendment of the Public Health Center Law, which had been fundamental for community health in Japan since 1947. This new law, which will be totally enforced in 1997, directs the public health centers established by the prefectural governments and the large municipal governments to be reorganized and the system of community health to be reorganized around the municipality as well as the public health center. The background of this law is the decentralization of power. The especially important issues are the reorganization of the prefectural public health centers and the development of the community health activities in the municipalities. This law gives only the direction of community health activities of the governmental health organizations. The comprehensiveness of community health activities should be ensured by the public health center. It is a key for community health in Japan whether the new effective system for community health activities could be established around the new Community Health Law.

GÉRER UN SYSTÈME DE SOINS PAR LES «RÉSULTATS»: MYTHE, POTENTIEL ET...OBJET DE POUVOIR.

Brunelle, Yvon, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Pineault, Raynald, U. de Montréal, Canada.

Les systèmes de soins absorbent plus de ressources que ce que n'importe quelle société peut investir. De surcroît, il est patent que le fondement scientifique des pratiques professionnelles peut être questionné. L'exigence de reddition de compte, **sous forme de contribution à des résultats de santé**, trouve alors sa justification et devient pressante. À vue de nez le tout apparaît vraiment être une «bonne idée». D'ailleurs personne ne conteste que des gains doivent être faits en ce sens. Mais quitte à refroidir l'enthousiasme général pour «la cause», des mises en garde doivent être formulées.

- Il existe une batterie de «résultats» (production, etc.). Les plus invoqués sont ceux de «santé», or notre capacité à établir les liens nécessaires entre structures → processus → et ces résultats, est problématique.
- La disqualification des variables décrivant des structures ou processus nous place face à une réaction *a posteriori*, handicapante au plan de l'action.
- À ce jour, les approches les plus intéressantes ont été négatives. Ceci demeure loin des incantations sur les résultats de santé et de bien-être et comporte le risque d'une «tentante» gestion par sanction.
- Alors qu'à cor et à cri hauts gestionnaires et technocrates réclament des dispensateurs une rigoureuse justification en termes de «résultats», eux-mêmes demeurent d'une rare indigence à ce chapitre. C'est une pratique de double standard masquant une lutte de pouvoir et recelant le potentiel pour un détournement de ressources au profit d'un appareil bureaucratique drapé de vertus.

POPULATION NEEDS-BASED PLANNING FOR HOSPITAL SERVICES: AN EVOLVING METHODOLOGY

Hundert, Mark. Standard Life Centre, Canada.

As pressures on health care costs increase, and as urban populations continue to change and diversify, providers and governments alike face growing demands for health care services that are cost effective and responsive to the needs of a changing population. The Metropolitan Toronto District Health Council Hospital Restructuring Project, a two-year project completed in September 1995, was mandated to examine hospital services in Metro Toronto and develop an action plan for the future. Drawing on an eclectic mix of best available data, population needs analysis, task force reviews, and extensive public and stakeholder consultation, the MTDHC Hospital Restructuring Project attempted to take a population perspective rather than the traditional provider-focused program and functional analysis. This paper describes the population needs-based approach developed by the project to examine both over- and under-utilization (unmet needs) of hospital services. A model relating socio-demographic characteristics of the population to use of hospital services was developed and analysis conducted comparing predicted utilization of hospital services with actual utilization. Task Forces reviewed data and analysis to provide *qualitative* input on population needs. While this methodology cannot claim to be a definitive needs-based approach, it is an important contribution to the ongoing evolution of a needs-based, consultative approach to planning health care services.

HEALTH CARE ORGANIZATION IN BRAZIL : RECENT CHANGES AND POLICY OPTIONS

Leysovitz, Eduardo and Arruda, D., Ministry of Health and State University of Rio de Janeiro- UERJ- Brazil

The last ten years witnessed deep changes in the Brazilian health system, characterized by institutional frame alterations, with political actors participant of the resolutive process, in the services offering profile, in the financial pattern and in the juridical legal framework. A first period from 1985 to 1990, has been marked by ideological-political resistance nature, detaching the conceptions universal *versus* insured and centralist/authoritarian *versus* federative/participant, that resulted in a rupture of the former patterns. As the main manifestations of that rupture it can be mentioned the juridical-legal (Constitution of 1988 and the Organic Health Laws) and the emergency of the first political management experiences by the undernational instances (INTEGRAL HEALTH ACTIONS-AIS and DECENTRALIZED HEALTH AND UNIFIED SYSTEM-SUDS). The second period, from 1991 to 1995, has been marked by political administrative resistance nature among distinct conceptions of decentralization, searching for new roles to each government level, and by the disarrangement in the configuration of the traditional financial resources of the system. Simultaneously, it turned evident in this period the consolidation of the inovatory modalities of decentralized management and the priorities inversion to allocate financial resources from the private sector to public sector and from hospitalization to ambulatorial care. In 1996, the process of transition is still in a stage in which are acting together characteristics and political instruments valid in former ages before 1985, with those that had been created since that time, already expecting the new system. This situation lays on a radical construction of the Single Health System, which directs the existing political options to two main objectives : the reconstruction of the financial basis of the system and the clear operational translation of its political, ideological, and administrative elements, in so far health care delivery organization as in the instrumental management.

DETERMINANTS OF AMBULATORY SERVICE USE IN QUEBEC: THE EFFECT OF SPECIFYING THE SOURCE OF CARE IN EXPLAINING PHYSICIAN UTILIZATION AMONG ADULTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE AND OSTEOARTICULAR CONDITIONS

Baris Enis, Champagne F., Rivard M., International Development Research Centre, Ottawa; GRIS, Université de Montréal, Montréal, Québec; Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

This paper seeks to assess the change in the explanatory power of a theoretical model of physician utilization in relation to the presence of a usual source of care for either of two chronic medical conditions (high blood pressure and osteoarticular conditions). We also studied the relative role of a series of determinants in explaining condition-specific physician use. A behavioral model similar to Andersen's model was developed and tested by using the 1987 Quebec health survey data on patient characteristics, and the Quebec health insurance board database on provider characteristics and service use. We measured utilization both as the volume of visits to the usual provider and visits to other providers. Multiple regression and path analysis were used to estimate the effects of variables in the model. When visits were made to the usual provider only, the explanatory power of the model was lower, more so in hypertensive patients. We posit that the more discretionary the nature of physician services the lesser the role that physicians play in influencing utilization. We recommend that the determinants of provider behavior should be included more extensively in future modeling efforts, especially so if physician-induced demand is suspected in service use.

NUTRITIONAL SURVEILLANCE AND HEALTH CARE: POSSIBILITIES IN BRAZIL.

Castro, I.R.R. Univ. do Estado do Rio de Janeiro, Brazil.

The possibilities and limitations of a Food and Nutritional Surveillance System (Sisvan) as a tool of public health system face nutritional injuries of the Brazilian population are discussed. Bibliography is reviewed about: (1) the Sisvan's proposition, its conceptual basis and the history of its implantation in Brazil; (2) the present health and nutritional profiles of the Brazilian population and (3) the primary health care and epidemiologic surveillance practices. In the analysis, three pillars historically present in the health sector response face the nutritional injuries of the population are commented: the multisectorial planning as a theoretical landmark to the intervention's formulation; the understanding of the infantile malnutrition as the main nutritional injury to be faced by this sector and the valorization of the food consumption versant in the guiding of the interventions in the food and nutrition area. The epidemiologic surveillance and integral care practices are collated with the nutritional surveillance practice, and its possible interfaces are discussed. As an unfolding of this analysis, an agenda for action is presented containing subjects and experiences to be deepened, in a joint attempt of the academic institutions and the health system units. It is composed, among others, by the following items: (1) to experience, in the health network, new models of nutritional interventions to the groups at risk; (2) to provide nutritional assessments of other groups that are not costumers attended in the routine of the primary care units; (3) to revise data stream, nutritional status indicators and their cut-off points to be used in the Sisvan.

MORE EFFECTIVE AND LESS EXPENSIVE: POLICY LESSONS FROM NINE STUDIES

Watt, Susan, Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C. McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

Is it possible to design policy initiatives which result in more effective and less expensive intersectoral community approaches to chronic circumstances? The results of nine studies (5 cohort and 4 randomized clinical trials) of people in chronic circumstances have led us to conclude that in a system of nationally insured health services, people in chronically debilitating circumstances turn to medical care to meet a wide range of health and social needs. The greater effectiveness and lower expense of services depends on clients co-morbid circumstances and access to insured services. Real reduction in expenditure, rather than cost transfer, results from more effective services, services which are proactive, intersectoral, and comprehensive. Hence community services need to be examined from multiple points of view. The most expensive services are those which are mismatched to client need.

EL MEDICO DE LA FAMILIA: UN RETO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Francisco F. Hernández Gárciga, Vivian del C. Rodríguez Tabares. Facultad No.1 Hospital "Calixto García", Ciudad de La Habana, Cuba.

En la década del 80 se introdujo en Cuba el modelo del médico y enfermero de la Familia, produciendo modificaciones positivas en la forma y contenido de la práctica médica ambulatoria, teniendo como base fundamental convertir a estos profesionales en guardianes de la salud. Sus programas se encaminaron a las familias, como célula estructural y funcional de la sociedad, sin olvidar las acciones individuales y específicas que corresponden a la mujer, al niño, al adolescente, al adulto y al anciano de forma integral. Los objetivos del programa son la promoción, prevención, diagnóstico temprano, rehabilitación así como los aspectos sociales e higiénicos sanitarios. Los servicios de salud así organizados, han traído a la postre resultados alentadores, además de permitir la operacionalidad del sistema, dado su contacto directo con la comunidad, entre otros aspectos.

INFLUENCING MAINSTREAM MEDICAL CARE : THE CASE OF THE AUSTRALIAN WOMEN'S HEALTH POLICY AND PROGRAM.

Gray, Gwen. Australian National University, Canberra.

One of the five priority areas for action of the Australian Women's Health Policy and Program is to improve health services for women. Improvement is to be achieved through a 'dual strategy' of a) reform of mainstream services and b) the development of separate, model women's health services. Model women's health services are to be based on a social view of health and are to focus on the development of new methods of service provision and the examination of new issues. It is hoped that mainstream service provision will be influenced by practices and policies developed in the separate stream. This paper examines attempts to improve health services for women in the first five years of the Program and concludes that while a range of innovative and highly popular services have been developed, there has so far been little impact on the mainstream. Some of the reasons for this failure are identified and some tentative suggestions made about future directions.

PARTICIPATORY RESEARCH: A USEFUL METHODOLOGY TO DEVELOP AND EVALUATE FAMILY SYSTEMIC INTERVENTIONS

Duhamel, Fabie, Talbot, L. Beaudoin, C. U. de Montréal, Canada.

This presentation aims at describing the research process of a pilot study based on Guba & Lincoln's methodology of fourth generation evaluation. This research approach derives from a "constructivist" paradigm which claims that evaluation outcomes or findings are not "facts" but "created" through an interactive process that includes the evaluator. In this type of research, the subjects, the clinicians, and the investigators are co-researchers who fully participate in the development and evaluation of the interventions. This research methodology which is very similar to action research turns research itself into a transformative activity. The process facilitates collaboration between researchers and clinicians, and allows the clinicians involved to change their practice during the course of the study.

In this particular project, the research process was used to develop and evaluate systems interventions for families with a member with a cardio-vascular problem during the period of three months following the hospitalisation. Due to health care reforms and the shortening of patients' hospitalisation, it becomes imperative for health professionals to identify and respond to the needs of these families during this particular phase of the illness. The usefulness and practicability of the interventions were evaluated not only by the investigators but also by the families and the practicing nurses involved in the study.

In this presentation, the method and the results of the study as well as the benefits and challenges of using such research methodology will be discussed.

LE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE DANS LA COMMUNAUTÉ

Wallot, Hubert, Télé-université, C.P. 10 700, Sainte-Foy, Québec, Canada G1V 4V9

Nous présentons brièvement l'expérience d'un CTC (Centre de traitement dans la communauté) comme un programme favorisant le maintien dans la communauté de psychotiques d'âge variant entre 25 et 50 ans, en favorisant une insertion sociale optimale en même temps qu'une satisfaction personnelle, notamment, en diminuant de façon importante le nombre et la durée des hospitalisations pour les bénéficiaires. Ce programme contribue aussi à contrer la chronicité et l'identification négative à l'hôpital et à la maladie. Il s'adresse à 60 bénéficiaires pour lesquels des tentatives antérieures de réinsertion à partir de l'hôpital ont échoué. L'approche est bio-psycho-sociale, et s'inspire de l'approche institutionnelle. Le centre devient un lieu de référence que ce soit pour la crise psychotique ou pour l'orientation quand aux activités ou des loisirs. Il y a sept lits de dépannage en vue à de situations variées (changements d'orientation résidentielle, mesures précoces d'intervention dans les crises, etc.). Quelques exemples cliniques seront donnés avec profil d'hospitalisations et d'adaptation sociale. On évoquera les résultats d'une étude d'impact.

CASE MANAGEMENT POUR DES PATIENTS PSYCHOGÉRIATRIQUES A DOMICILE

Dejace, Alain, Gosset, C., Borgemans, L., Abraham, I., Melissen, K., Rondal, P., Clinique Le Valdor, U. Liège, K.U. Leuven, Belgique.

Par la transposition au contexte belge d'un modèle de « case management » élaboré en Virginie (U.S.A.), ce projet recherche une meilleure prise en charge à domicile de patients psychogériatriques. Il vise à retarder l'institutionnalisation et à limiter la durée d'hospitalisation en développant des formes alternatives de soins répondant aux besoins individualisés des patients et de leurs proches. La collaboration avec le médecin généraliste et les intervenants de toutes les disciplines assure une approche globale du patient. Notre démarche de soins personnalisée se base sur une anamnèse approfondie et un diagnostic infirmier amenant à des interventions et à une évaluation spécifique car chaque situation est à la fois unique et complexe. L'étude de l'efficacité du plan de soins permet sa modification et constitue le point de départ d'une nouvelle collecte des données. Toutes ces étapes forment une boucle ininterrompue de réflexion, de diagnostics et d'actions. L'adéquation du projet par rapport aux besoins d'une centaine de patients psychogériatriques est réalisée grâce aux évaluations trimestrielles des patients et de leurs accompagnants principaux ainsi que par l'analyse du coût de leur suivi.

LE REDÉVELOPPEMENT DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE DE CONTRAINTES BUDGÉTAIRES: CONDITIONS ESSENTIELLES, POTENTIEL ET LIMITES.

Larivière, Claude. U. de Montréal, Canada.

La pression exercée par le contexte actuel est une occasion privilégiée que peuvent saisir les acteurs sociaux favorables à la communautarisation des pratiques socio-sanitaires pour redévelopper les services en santé mentale en les rapprochant sensiblement des milieux de vie. Une telle approche remet en cause les modes traditionnels de dispensation des services fondés sur la hiérarchisation des rôles professionnels, la médicalisation de la clientèle et une prise en charge institutionnelle en milieu hospitalier. Cette alternative sera présentée à partir d'un processus de recherche-action menée avec 70 organisations communautaires et institutionnelles regroupées au sein de 4 tables de concertation en santé mentale de la région des Laurentides. La démarche a notamment permis d'identifier des conditions essentielles pour entreprendre un tel changement, de souligner des limites inhérentes à une transformation en contexte de contraintes budgétaires et d'explorer certaines possibilités qui semblaient peu imaginables pour les partenaires de la démarche à ses débuts. En ce sens, le processus apparaît ici aussi important que les résultats.

ADDRESSING DEPRESSION AND POVERTY: HOW MUCH SHOULD BE LEFT TO LOCAL SERVICE PROVIDERS?

Tulle-Winton, Emmanuelle. Glasgow Caledonian University, Scotland

This paper will report findings from a survey conducted in Autumn 1993 in one of Glasgow's four peripheral housing estates, Castlemilk. The purpose of the survey, commissioned by local service providers, was to estimate the prevalence of sub-clinical depression, identify at-risk groups and explore how the interplay of different layers of explanatory factors impacted on the mental health of the local population. Just under a quarter of residents experienced some emotional distress. The factors associated with the observed distress were located both within the biography of those surveyed and with the structural features of the locality in which they lived. It is concluded that service providers can devise strategies to identify individuals at risk of emotional distress to help them confront their private troubles. These should be supplemented at regional and national levels by a range of policies designed to address structural inequalities and uneven development.

Évaluation du potentiel de ressources communautaires diurnes auprès de patients psychiatriques chroniques.

Wallot, Hubert. Télé-Université, Canada.

Cette étude empirique porte sur la clientèle de trois ressources communautaires se disant "alternatives" en raison de leur approche et de leur recours à un personnel non professionnel. Les instruments de cueillette de données consistent d'une part en un questionnaire portant sur des données socio-démographiques, le nombre et la durée des hospitalisations, le diagnostic, le type de suivi médical, la médication, et, d'autre part, en trois instruments validés: le GAS (Spitzer et al, 1978), le MRSS (Affleck et Mc Guire, 1984) et l'Inventaire des besoins de service et de leur utilisation (Cormier, 1987). Les répondants sont les clients eux-mêmes (population étudiée=163; nombre de répondants=129), leur intervenant de la ressource communautaire et leur intervenant de l'équipe médicale. Les résultats montrent une clientèle "lourde" par la sévérité du diagnostic, par la médication reçue, par le nombre et la durée des hospitalisations antérieures à la fréquentation de ces ressources communautaires. La contribution des ressources communautaires "alternatives" à réponse aux besoins des clients s'avère première et déterminante. Cette situation contraste avec la modestie des moyens et la conséquente rotation malheureuse mais inévitable du personnel.

LA NORMALISATION DE NOMENCLATURE DE DIAGNOSTICS : FACTEUR CLÉ DE SUCCÈS DANS LA CONCEPTION D'UN SYSTÈME D'INFORMATION DE GESTION DES SERVICES DE PSYCHIATRIE

Dravé, Mamadou¹, Basterrechea, Luis² et Eggli, Yves². ¹Université de Montréal, Canada et ²Service des Hospices Cantonaux de l'État de Vaud, Suisse

L'un des problèmes auquel est confronté le concepteur de système d'information en psychiatrie est l'élaboration d'une table paramètre "normalisée" des diagnostics. L'utilisation par les médecins de différentes classifications des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-9, DSM-III-R, classification française, CIM-10, DSM-IV) pour coder les diagnostics et l'existence au sein même de certaines classifications des redondances (un même code pouvant renvoyer à plusieurs libellés de diagnostics différents) constituent des obstacles sérieux à la mise en place d'une base de données relationnelle. Pour résoudre ce problème on doit nécessairement recourir à la double démarche de transcodage et de normalisation (plus précisément au premier format normalisé). Le présent article illustre cette démarche en proposant le résultat des travaux de transcodage et de normalisation dans lequel chaque code de diagnostics du DSM-III-R renvoie à un et un seul code CIM-10 tout en se conformant aux catégories nosologiques des deux classifications. L'article fournit également des pistes de réflexion pour les futurs travaux de classifications dans une perspective de mise en place de base de données relationnelle.

PROGRAMMES D'ÉDUCATION PRÉNATALE: BILAN ET SUGGESTIONS DE CHANGEMENT.

Saucier, Jean-François, Dyke, Nathalie. U. de Montréal, Canada.

L'éducation prénatale a évolué en trois principales phases qui se distinguent entre elles par la différence significative de leurs "conseils sanitaires". Malgré une importante évolution, il reste cependant que le discours médical prédomine. Les interactions entre les futurs parents et les professionnelles de la santé périnatale demeurent inscrites dans une logique relationnelle liée à la maladie, la patiente, les risques. En tant que modèle de formation, les rencontres prénatales des CLSC suivent une approche éducative basée sur la transmission d'informations, parfois contradictoires étant donné le kaléidoscope d'influences qui affectent le domaine de l'éducation prénatale. Sur le plan organisationnel, la situation actuelle ne permet pas d'évaluer rigoureusement les programmes d'éducation prénatale. Compte tenu de la réorganisation du système de santé au Québec, nous comptons aborder la question du modèle qu'il serait souhaitable de développer et qui tiendrait davantage compte des points de vue de la clientèle. Cette présentation s'inscrit dans le cadre d'une recherche visant à identifier les besoins éducatifs réels des couples qui attendent un enfant.

ORGANIZATIONAL CHARACTERISTICS OF MEDICAL SYSTEMS IN REGIONAL PLANNING AND MARKET REFORM

Perkins, Barbara Bridgman, Independent Scholar, USA

This paper compares characteristics of health care organization under regional planning and market models of reform. Using perinatal regionalization in the US as a case study, the paper analyzes structural standards and goals in policy documents published by private policy groups, specialty associations, and government agencies. The two models are remarkably similar in the structural characteristics and strategies they foster, if not in the means of attaining them. Such characteristics include hierarchical levels of specialization, high volumes, high service intensity, constant technological innovation, definition of regions as market areas, and consolidation of services. In practice, these features favor tertiary medical care expansion and restrict competition from, and development of, other levels and kinds of service. The conclusion asks whether such regional models behave this way only within market systems, or whether they themselves are market systems. It also questions the extent to which the internationally recognized model of regionalization can develop service levels appropriate to the needs of populations.

Assurance-maladie et prévention en France J.P. DESCHAMPS

On a souvent, et injustement, fait grief à l'assurance-maladie en France de ne s'être pas intéressée à la prévention. Son action dans le domaine de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles a été pionnière et reste exemplaire, tandis que le travail réalisé en éducation à la santé reste discutable. Mais ce sont surtout les examens systématiques de santé qui rendent compte à la fois des possibilités et des difficultés de l'assurance-maladie à développer la prévention. Cette prestation voulue dès les textes fondateurs de 1945 est alors en avance sur son temps. La réglementation initiale ne sera jamais totalement appliquée, faute d'objectifs précis, de compétence technique, de réflexion scientifique, d'évaluation. Les examens de santé, mal compris de ceux-là même qui les mettront en œuvre, verront se développer à leur encontre de farouches oppositions. En 1992, un arrêté viendra abroger les dispositions de 1945 et 1946, en maintenant le principe d'examen de santé que les caisses n'ont plus l'obligation de proposer à leurs assurés et aux ayant-droit, et que la mission-prévention de la Caisse nationale d'assurance maladie essaie de faire évoluer en tenant compte des données actuelles de la prévention. Cet échec est d'autant plus surprenant que, dans l'intervalle, des propositions ont été faites, des expériences mises en place, et réussies. L'assurance-maladie n'a pas su développer une véritable politique de prévention, alors même que ses fondateurs l'avaient dotée d'un outil riche de possibilités, qui aurait pu - aurait dû - être le ferment d'une réforme de la médecine générale de façon à ce qu'elle intègre le versant préventif de l'activité du médecin généraliste.

A COMMUNITY-BASED ORGANIZATIONS JOURNEY INTO QUALITY IMPROVEMENT

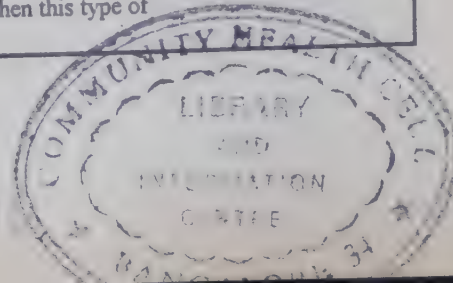
Kanak, James, Ruggles, Y. Geiger-Gibson CHC

In 1993 the GGCHC changed its culture from a hierarchical model to a team-based work place. The focus was to introduce the idea of customers, both internal and external, and to improve processes to create a standard of excellence beyond the traditional "clinic" experience. To do so, divisions between departments had to be broken down and the critical processes of the agency needed to be identified, assessed and improved.

The application of a customer focused philosophy toward health care has been primarily focused on this health center's management rather than clinical outcomes, and has enhanced the agency's commitment to and understanding of our patients and the communities we serve.

We will focus on two areas. First we will examine the methods which established team-based management as an operating principle and then identify the organizational changes which are critical to the participation of customers. Second we will discuss the evolution of decision making from a bureaucratic to a team-based model.

This session will include the creation and training of process improvement teams, the transformation from a top down management model to one in which these teams evaluated areas of operation, recommended changes and then implemented system improvements and a discussion of the struggles that are involved when this type of organizational change occurs.



CONCORDANCE ENTRE DIVERS TYPES D'ÉVALUATEURS DE BESOINS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX SÉVÈRES

Wallot, Hubert. Télé-Université, Canada.

À l'occasion d'une étude sur les besoins et les services reçus chez 129 clients de trois ressources communautaires "alternatives", nous avons comparé l'évaluation des besoins de services d'un client d'abord par le client lui-même, puis par son intervenant de la ressource communautaire et enfin par le membre attiré de l'équipe médicale concernée par son suivi hospitalier externe (généralement le psychiatre). L'outil de cueillette de donné était l'inventaire des besoins de services de Cormier (1987) jusqu'à présent utilisé seulement pour deux types de répondants, le client et le médecin. L'inventaire comporte 25 items qui réfèrent à diverses catégories de besoins: besoins fondamentaux, besoins thérapeutiques, besoins d'informations du client et ceux de la famille et de l'entourage, besoins quant aux habiletés de la vie quotidienne et quant à la réinsertion sociale. Une analyse est faite à l'aide de statistique kappa. Les résultats seront présentés au congrès.

LES BESOINS DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE : PIÈGES ET LIMITES D'UNE NOTION.

Corin, Ellen, Rodriguez del Barrio, L., Guay, L. U. McGill, Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec, ÉRASME, Canada.

Au cours des dernières années, la notion de «besoin de services» s'est imposée comme un outil clé de programmation et de planification d'interventions, censé augmenter l'adéquation des programmes et services aux populations concernées. Dans le domaine de la santé mentale, elle est au coeur du Plan de services individualisé censé remettre la personne au centre des interventions. Telle qu'elle est opérationnalisée, la notion de besoin de service nous paraît cependant comporter une série de limitations liées notamment à une confusion entre les notions de problème, de besoin et de besoin de services et à une pré-définition de ce qui constitue un problème. Une étude effectuée auprès de 60 usagers et usagères de ressources alternatives en santé mentale vise à proposer une vision élargie de la notion de besoin de services, formulée du point de vue de l'univers de sens et d'action des usagers. Elle tient compte des problèmes tels que perçus par les usagers, de leur signification et de leurs implications dans leur vie quotidienne ainsi que des stratégies et des modes d'utilisation des services psychiatriques et communautaires qu'eux-mêmes ont développées. Les implications de cette perspective sont discutées en termes systémiques et en termes d'objectifs d'intervention.

QUALITY OF LIFE AND USAGER'S SATISFACTION WITH BRAZILIAN'S PSYCHOSOCIAL CARE SERVICES.

Pitta, Ana M. F., Universidade de Sao Paulo, CNPq, PAHO.

While presenting data of the cross-sectional research that evaluates the quality of life and satisfaction with mental health services in the city of Santos, Sao Paulo, Brazil (this study is a part of a multicentric study in association WHO/CNPq/ USP/UFRJ/UNICAMP) with patients, families and health workers..

Determinants of a better or worse evaluation by the group of informants (patients N=139, families N=122, staff N=175) are demonstrated in schedules and discussions. There was a higher level of difficulty on the staff self judgment, while the patients showed to be disposed in uttering opinions ; family members were in a intermediate position.

The global evaluation of the services was positive, which made necessary to create distinct graduations for each class of informants. Staff and patients showed more criticism about the subjects.

It seems necessary, to go further with this challenge of a good description, to build new indicators and measures of occurrences that contributes to determinate the quality of services.

Brazilian's case studies of mental health services improved the citizenship and social participation of the usager and workers.

FORCED TREATMENT: CAN "BEST" BE ASSESSED FOR PSYCHIATRIC PATIENTS CONSIDERED INCOMPETENT?

McCubbin, Michael.

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal, Canada

There has been a growing recognition in the mental health law and ethics literature that "incompetence" is a conceptually separate issue from "involuntary treatment"; i.e., that establishment in accordance with the law of a patient's incompetence is a necessary, but not sufficient, condition for treatment of a patient against that patient's will. With respect to treatment of patients considered incompetent, this paper addresses ethical, logical, and especially methodological problems raised in attempting to determine the "pure best interests" of a patient via estimation of that patient's preferences. Decision theory and expected utility theory is used to illustrate various substituted decision making problems. Three preference estimation methods are described and evaluated (similar value/circumstance assumption, preference adjustment by context, background research). The paper characterizes preference estimation in general as having severe bias and reliability problems. While the problem of bias has been discussed in the literature — at least implicitly — reliability questions have barely been touched upon. In order to be ethically justifiable, substituted decision making needs not only to avoid excess bias, but also to be reliable enough such that expected net benefits of a decision clearly outweigh alternatives — including the alternative not to treat. Preference estimation must consider not only attributed patient attitudes to the risks of various treatment options, but also to the preference estimates themselves as containing some distribution of expected deviation from actual preferences. Even if binary treatment decisions can be expected to be correct more often than not, the introduction into the analysis of attributed attitudes to risk (related to estimation reliability as well as to alternative treatment outcomes) severely constrain circumstances in which treatments should be imposed.

TOWARDS CONVERGENCE AMONG EUROPEAN HEALTH CARE ORGANIZATIONS?

Cabiedes, Laura, Guillén, A.M. U. de Oviedo, Spain.

The aim of this paper is to analyze recent developments in five representative European health systems by applying a cross-national analysis. In general, health care organizations in Europe are basically public. However, most systems can be characterized as either national health insurance systems (France, the Netherlands) or national health services (Spain, Sweden, and the United Kingdom). Despite this split regarding the basic model, that stems from their social, economic and political backgrounds, some traces of a process towards convergence may be ascertained in terms of extension of coverage, financing mechanisms, the management of delivery systems, and the array of services provided. A tentative interpretation of this phenomenon may rely on the existence of common socio-economic problems that all health care systems have to face. The introduction of reform-packages which reorient health systems by reducing the differences among them is taking place despite the fact that the Maastricht Treaty does not interfere with national competences in this realm. However, the influence of the process of European unification itself is contributing to deepen diffusion effects among EU members, and convergence measures applied in aspects alien to the health care domain are having an indirect influence on it (i.e. public deficit control). Finally, the possible effects of the convergence trend on health levels are contemplated, although avoiding risky extrapolations.

DECENTRALIZATION OF HEALTH CARE FINANCING AND MANAGEMENT IN BRAZIL: IMPLEMENTATION ISSUES

Ribeiro T. Patricia, Baris E., Ministério da Saude, Brasilia, Brazil, International Development Research Centre (IDRC), Ottawa, Canada

This paper presents how the decentralization of health care services in Brazil is being implemented. We will also report on the state of advancement along with a preliminary appraisal of the implementation process. After the adoption of a new constitution in 1988 which asserted access to health care as a human right, and decentralization as the main strategy towards a more democratic and pluralistic state, Brazil has rapidly moved from a multi-tiered health care delivery system predominantly based on health insurance to a what is now called "Unified Health System" (SUS). The new system required not only the transfer of health funds and authority from the Ministry of Social Security to the Ministry of Health through a newly set-up National Health Fund, but it has also fostered the establishment of a new tripartite structure, including the federal government, the states and the municipalities, to redefine the roles and responsibilities of each and to adopt a set of rules and regulations for the transfer of funds and the decision-making power to lower levels. This transfer of authority occurs in a context where health care delivery is largely private. In addition, access to health care is yet to be assured for all the citizens. The process of decentralization, however, despite all the complexities that it involves in a large and diverse country like Brazil, is progressing full speed as an increasing number of municipalities are applying to the tripartite committees with the intention to assume the management of health care funds. The role of the contextual macro (e.g., legal context and political will) and micro characteristics (e.g., involvement of different stakeholders) which surround and bear upon the success of the process will be emphasized.

ÉVOLUTION RÉCENTES DES STRUCTURES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Wallot, Hubert, Télé-université, C.P. 10 700, Sainte-Foy, Québec, Canada G1V 4V9

Au cours des vingt dernières années, les structures d'organisation de la santé publique ont subi des modifications majeures. Avant la réforme de la santé des années soixante dix, elles consistaient principalement dans des structures bureaucratiques effacées principalement impliquées dans la dispensation de services préventifs individuels. Par la suite, avec la création des départements de santé communautaire, les structures de la santé publique ont pris un caractère plus scientifique, plus professionnel et plus critique par rapport à l'organisation du système de santé. Avec la réforme introduite en 1991, la santé publique s'est vue intégrée plus étroitement aux structures bureaucratiques traditionnelles des régions régionales de la santé et des services sociaux où la fonction critique semble glisser de plus en plus vers une fonction alibi. Deux modèles semblent prendre forme, soit le modèle plus bureaucratique qu'on retrouve dans les régions de petite et moyenne taille et le modèle professionnel qu'on retrouve particulièrement dans les régions de Montréal et Québec, régions implicitement désignées pour contenir les éventuels centres d'expertise.

ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ AU CONGO LES CENTRES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Rébecca BABELA, Abel-Zéphirin MOKOLO

Direction de la santé de la famille, BP. 13217 Brazzaville-Congo

En Février 1992, le parlement du Congo adoptait la loi portant Institution d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Ce plan national est le cadre de référence pour le développement des centres de santé intégrés. Son objectif est de développer au bout de 5 ans (1992-1996), la couverture nationale en vue de fournir à au moins 80% de la population, des soins de santé primaires par la décentralisation du système sanitaire en circonscriptions socio-sanitaires structurées en hôpitaux de référence, et centres de santé intégrés avec la participation effective de la population.

La dégradation de la situation économique du pays freine de façon significative la mise en oeuvre de ce plan selon le calendrier établi. Ainsi, le taux cumulé de réalisation au 10 Avril 1995 atteint 25,6%, soit une population cible de 12% dans les quatre premières régions d'intervention : Plateaux, Brazzaville, Lékoumou et Kouilou.

L'approche communautaire mettant en exergue des possibilités et capacités des membres de la communauté à se prendre en charge devait être renforcée pour obtenir des meilleurs résultats.

Abstract Topic for the 9th Congress of the International Association of Health Policy

Title: EPISODE OF CARE PAYMENT METHODOLOGY YIELDS REDUCTION IN DIAGNOSTIC IMAGING UTILIZATION WITH INCREASED REIMBURSEMENT LEVELS TO RADIOLOGISTS.

Walid A. Hindo, M.D., Alan H. Spiro, M.D., Scott S. Seberg, M.A., United States Finch University of Health Sciences/The Chicago Medical School, Chicago, IL, United States

Objectives: To reduce the performance of unnecessary diagnostic imaging procedures.

Methods: •Identify top and worst performing radiology practices within a specific geographic area according to the number of exams ordered on a per patient basis.
•Determine levels of financial performance for all providers based on percentage of HCFA fee schedules.
•Analyze correlations between the numbers of exams performed per patient and the level of reimbursement as a percentage of HCFA.

Discussion: Episode of Care payment methodology rewards the radiologists who selectively order the appropriate imaging studies given each patient's particular indication.

Results:	Avg. Exams Per Patient	Percent of HCFA
Provider		
A	1.03	130%
B	1.1	123%
C	1.2	117%
D	1.43	100%

Conclusion: By serving as a gatekeeper in monitoring the value of performing particular diagnostic imaging procedures, radiologists may increase their relative earnings by performing less exams.

ATENCION PRIMARIA Y MODELOS DE ATENCION EN LAS REFORMAS LATINOAMERICANAS - EL CASO PERUANO

Arroyo, Juan. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

En las reformas sanitarias latinoamericanas no aparece sino secundariamente el tema de los modelos de atención. Al mismo tiempo que la OMS rediscute la vigencia o no de la atención primaria, ésta no aparece sino muy tangencialmente, si aparece, en los modelos de reforma, que son, sustancialmente, esquemas de financiamiento de la atención de la salud. Esta sobre-estimación de lo financiero y económico refleja la preocupación en los países del norte por el sobre-gasto e ineficiencia en salud, que reproducen las propuestas de reforma de las agencias internacionales. Pero obedece también, al estancamiento en el debate sobre el modelo médico apto para países pobres, sobre la articulación recuperativo/preventivo-promocional, la política tecnológica adecuada hoy, la relación medicina ambulatoria/medicina hospitalaria, la teoría de las redes, todo, a 18 años de Alma Ata. El enfoque eficientista olvida que el nuevo modelo de atención en la reforma es otra vía más para la eficiencia y la equidad. Las reformas sectoriales suelen propugnar así envolturas financieras novedosas para modelos médicos tradicionales, ganando en eficiencia por el lado de la racionalización de la producción de servicios pero perdiéndola por el lado del modelo clínico reparativo. Es evidente, sin embargo, que no basta hoy con repetir mecánicamente las fórmulas de Alma Ata. ¿Los enormes avances de la medicina de fin de milenio no tienen nada que modificar de las propuestas anteriores? El objetivo de la investigación fue verificar en el caso peruano los pesos entre las diferentes dimensiones de la reforma (financiera, organizativa, administrativa, modelo de atención), en la hipótesis de que, siendo éste móvil, siempre expresa la preminencia del enfoque financiero de la reforma. El método utilizado fue el análisis discursivo de los principales documentos e informes de reforma del Ministerio de Salud del Perú, sometidos a técnicas de análisis de contenidos. Los resultados ratificaron la problemática e hipótesis expuesta.

LA SIGNIFICACION SOCIALE DE L'HOMÉOPATHIE

Sévigny, Odile. Université du Québec à Montréal, Canada.

Quel sens l'homéopathie, comme médecine alternative illégale se développant en marge du système officiel de soins, prend-elle dans le contexte social actuel? Sur le plan méthodologique, nous avons privilégié une approche qualitative inductive (Glaser et Strauss, 1967, 1987, 1992). Nous avons effectué 15 entrevues semi-directives auprès d'homéopathes montréalais non médecins: 1) de sexe différent 2) ayant un nombre varié d'années d'expérience clinique, 3) pratiquant ou non diverses thérapies alternatives (acupuncture, massage, naturopathie) et 4) provenant des trois écoles homéopathiques distinctes. L'analyse tend à démontrer que les homéopathes sont, tour à tour, cliniciens et éducateurs pour la santé et qu'ils inscrivent ces deux rôles à l'intérieur d'une approche "caring" des soins (Saillant, 1991, 1992; Benner et Wrubel, 1989). Cette approche colore non seulement la manière dont les homéopathes abordent leurs clients comme personnes, soit dans le respect et la dignité de ces derniers, mais elle influence également leur vision de la société actuelle et de la société en devenir. Présentement, le contexte social se caractérise par des modes relationnels distincts: d'une part, par des relations instrumentales où tout s'opère sous le sceau du progrès, de l'efficacité technique et de la rentabilité, d'autre part, par des relations axées sur la recherche de soi qui invite les gens à se questionner de plus en plus sur ce qu'ils sont profondément comme individus (Bellah, 1985) et comme personnes authentiques (Taylor, 1991). Dans ce cadre, les soins homéopathiques fondés sur une efficacité symbolique plutôt que sur une efficacité technique, s'inscrivent dans le second mode relationnel et situent la personne humaine au cœur des rapports sociaux fondés sur la compassion, l'égalité et le respect de l'autre comme personne subjective et autonome.

"I AM NOT STRONG ENOUGH TO GIVE BIRTH IN HOSPITAL" - A QUALITATIVE STUDY OF WOMEN'S MOTIVATIONS FOR HOME BIRTH IN FINLAND

Viisainen, Kirsi, National Research and Development Center for Welfare and Health, Finland

Finnish public health care system is characterised by universal coverage, regionalised referrals and limited choice of caregiver and place for the client. In birth care there is an almost 100 % hospitalisation rate, with a tendency to centralise births into secondary and tertiary care hospitals. The private health care sector, which otherwise is rather strong, has not been offering alternative forms of birth care. Among obstetricians and midwives there seems to be a strong consensus about universal hospitalisation of birth care. In this situation there is a small number of parents who choose to have their babies born at home. This paper examines home as a place of birth in the context of Finnish health care. Fifteen women, and five partners, who had or intended to have a home birth in the last three years were interviewed. The interview themes covered motivations for and process of decisionmaking, relation to and use of public health care in pregnancy and in other health issues, perceptions of risk and choice, and the practical issues of organising a home birth when such services are not officially offered in public or private health care. The study shows that women seeking alternatives for hospital birth are a group with a heterogeneous background connected with a desire for ways to make autonomous decisions about their birth which they feel is not possible in the context of hospitalised care.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF HEALTH PROMOTION PROGRAMS.

Segall, Alexander, Mahon, M. University of Manitoba, Canada

Is it possible to demonstrate that community health promotion programs are an effective means of encouraging the adoption of wellness oriented lifestyle behaviours and improving the health of the population? In addressing this research question, the paper will focus on ongoing efforts in Manitoba, Canada to design a health outcome evaluation research program for a Wellness Institute that will open at Seven Oaks General Hospital in September, 1996. The primary objective of the Wellness Institute is to provide the community with a range of educational, counselling, fitness and rehabilitation programs intended to promote health and well-being throughout life. The proposed research program will assess the extent to which specific services offered by the Wellness Institute help to keep Manitobans healthy. The paper will highlight the types of methodological challenges encountered in the conduct of this type of research. The discussion will include issues such as: sample size and recruitment, the need for a community comparison group, the importance of collecting baseline cross-sectional data and longitudinal data, the relationship between various personal health behaviours, and choosing suitable health outcome measures. Rigorously designed and carefully conducted evaluation research is absolutely essential to be able to conclude that health promotion programs, such as those to be offered by the Wellness Institute, have a long-term, positive impact on health protective behaviours and ultimately on population health status.

UTILISATION DE SERVICES DE THÉRAPIES ALTERNATIVES SELON CERTAINS FACTEURS SOCIAUX

Chevalier, Serge, Kishchuk, Natalie, Direction de la santé publique, Montréal-Centre, Canada.

L'utilisation des thérapies alternatives représente un phénomène en croissance au Québec (Chevalier et Kishchuk, à paraître). Cette croissance peut être liée à une série de facteurs socio-démographiques et économiques (Eisenberg et coll., 1993; Northcott et Bachynsky, 1993; Groupe Multi Résé, 1992), à la nature du problème de santé ainsi qu'à des raisons d'ordre structurel, comme l'incapacité de la médecine conventionnelle à combler les attentes de la population en rapport avec la relation thérapeutique ou la guérison (Quénart et coll., 1990). Dans un contexte où, au Québec, la pratique des thérapies alternatives demeure illégale, nous examinons comment varie l'utilisation des thérapies alternatives et de la médecine conventionnelle en fonction de conditions sociales. Nous avons retenu le modèle bipolaire de Mayer-Renaud et Renaud (1990) pour décrire les conditions sociales et l'avons appliqué aux données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (Santé Canada et Statistique Canada, 1992). L'analyse porte sur 3400 ménages québécois et compare l'utilisation de services médicaux (omnipraticiens et spécialistes) avec celle des thérapeutes alternatifs (excluant les acupuncteurs et les chiropraticiens). Les résultats vont dans le sens attendu indiquant des différences notables de l'utilisation des thérapies alternatives selon les conditions sociales.

LA GESTION DES RISQUES DE GROSSESSE ET DE MTS-SIDA DES ADOLESCENTES

Dedobbeleer Nicole, Sc.D., Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada,
Morissette P., Ph.D., École de service social, Université de Montréal, Montréal, Canada
Rodrigues, I., M.D., M.P.H., CLSC du Marigot, Laval, Canada

Les taux de grossesse à l'adolescence sont plus faibles au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Cependant au Québec, ils ont tendance à s'accroître alors qu'ailleurs ils diminuent. Le MSSS a donc pour objectif de réduire à moins de 15 pour 1000 le taux de grossesse chez les adolescentes de 17 ans et moins. La revue des écrits indique cependant qu'il existe très peu d'information sur la contraception et l'observance des adolescentes québécoises, et très peu de données sur le comportement de protection vis-à-vis les MTS-SIDA des adolescentes qui utilisent des contraceptifs oraux. Le but de cette présentation est donc d'élargir la compréhension des risques encourus par les adolescentes relatifs à la grossesse et aux MTS-SIDA à partir d'une revue des écrits. Les résultats indiquent le besoin crucial d'études sur le contexte social dans lequel les adolescent font des choix concernant l'activité sexuelle et la contraception. Les lieux de rencontre, la précocité sexuelle dans le mode d'entrée en couple, les attitudes et comportements (e.g. consommation d'alcool...) des adolescentes, les représentations sociales de la sexualité protégée, les conditions sociales et affectives (e.g. solitude...), le processus de communication avec les partenaires, la multiplicité des partenaires peuvent placer les adolescentes en situation à risque. Les mécanismes d'influence de ces facteurs seront discutés en fonction des orientations d'intervention des CLSC.

UNE COLLABORATION QUEBEC-MARTINIQUE: L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DE JEUNES PARENTS ET ENFANTS DE MILIEU DÉFAVORISÉ

Cloutier, H. consultante, Québec, Adréa, C. ass. sociale, Martinique

Dans tout pays, élever un enfant en contexte de pauvreté place inévitablement l'enfant et le parent dans une situation de risque. L'enfant se trouve à risque en terme de son développement (retards, difficultés d'apprentissage et de comportements). La relation parent-enfant se trouve également comme on le sait, à risque (négligence, abus, violence). Préoccupés par le simple fait de survivre, les parents pauvres sont souvent peu sensibles aux besoins de stimulation de leur enfant. Ils ne savent pas toujours quoi faire, ni comment faire pour leur donner un bon départ. Depuis environ 10 ans, le Québec a développé une forme novatrice d'intervention préventive s'adressant spécifiquement aux jeunes familles de milieu défavorisé: LES ATELIERS PARENT-ENFANT. Ces ateliers poursuivent essentiellement les objectifs de **promotion de la compétence parentale** en vue du développement harmonieux de l'enfant, ceci dans le but ultime de réduire les inégalités et assurer une **plus grande équité** sociale. Les résultats forts encourageants mis en lumière par la recherche (Cloutier-Moreau 1991) ont fait en sorte que les ateliers se sont implantés dans divers coins de la province et même en Martinique.

Dans cette présentation les deux coordonnatrices de l'implantation martiniquaise des ateliers (une Québécoise et une Martiniquaise) font état de cette expérience de collaboration internationale à l'aide d'un parallèle entre l'expérience des ateliers parent-enfant à Pointe St-Charles (îlot de pauvreté de Montréal) et l'expérience de ces mêmes ateliers à Volga Plage (quartier défavorisé de Fort de France, Martinique).

INTERVENCION COMUNITARIA PARA MEJORAR LAS CONCEPCIONES Y EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Jarcía, Roldán, Rodolfo, Brea, Correa, AI.
Policlínico "Ramiro Betancourt". Cuba.

Con el objetivo de valorar las concepciones y el comportamiento sexual en 39 adolescentes, se realizó un estudio de intervención que permitió de forma educativa lograr una mejor visión hacia la sexualidad y adecuada conducta sexual en los mismos. El mayor porcentaje de los adolescentes estudiados estaban comprendidos entre 15 y 19 años de edad, predominando el sexo femenino, los criterios relacionados con la selección de la pareja se basaban en el aspecto físico y a pesar de que la mayoría no se oponían a las relaciones prematrimoniales, fueron pocos los que llegaron a realizarla, usando como método anticonceptivo el coito interrupto. Luego de intervenir se encontró franca mejoría de los aspectos negativos estudiados y mejor visión hacia la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la realización del sexo seguro. Recomendándose el uso de técnicas afectivo participativas en el trabajo con adolescentes para estimular su participación activa en la mejoría de su sexualidad.

MORBILIDAD OCULTA EN EL GRUPO ETAREO 5-14 Años DE UN CONSULTORIO DEL MEDICO DE FAMILIA. ALAMAR

Francisco F. Hernández Gárciga, Eduardo González Padrón, Vivian del C. Rodríguez Tabares. Facultad No.1 Hospital "Calixto García", Ciudad de La Habana, Cuba.

Nos propusimos explorar la morbilidad no diagnosticada en este grupo, identificar los trastornos específicos y comparar los grupos dispensariales antes y después del estudio. Se realizó una investigación descriptiva en 65 niños que se dividieron de 5 a 10 y de 11 a 14 años por tener diferentes características, se sometieron a consulta de puericultura (acción que no se realiza habitualmente) y se interconsultaron con ortopedia, oftalmología y estomatología. La práctica nos indicó que la mayor parte de las patologías que no se diagnostican en estas edades se agrupan en las especialidades ya mencionadas. Encontramos que la mayor incidencia correspondió a ortopedia con el pie plano y la escoliosis; le siguió las estomatológicas con la carie y mala oclusión; siguiendo en tercer orden las oftalmológicas con astigmatismo. Comparando los grupos dispensariales, los individuos supuestamente sanos del grupo 1 pasaron a engrosar filas de riesgo grupo 2 y enfermos grupo 3.

WHAT GOOD IS THE SOCIOLOGY OF LATER LIFE FOR ANY-BODY?

CONWAY STEPHEN

DEPARTMENT OF SOCIAL SCIENCE,
UNIVERSITY OF HUMBERSIDE, UK

Given the rapid demographic changes in British society, in terms of people living longer and healthier lives, there are a range of implications for the NHS. The paper uses data from two studies: (a) an ongoing biographical study of health beliefs in later life and (b) a sample survey of 112 households within a working class area in Beverley, North Humberside. In overall terms this paper aims to show that the sociology of later life offers health providers a more sensitised understanding of health in later life. In particular, the analysis shows two things. First, the benefits of considering health beliefs rather than approaches which consider health care need. Second, that ideas from the sociology of the body can be used to understand both the nature and form of the relationship between service users and health care providers.

QUELQUES REPRESENTATIONS SOCIALES DU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES DEFICIENTES INTELLECTUELLES EN RESIDENCE D'ACCUEIL.

DORVIL, Henri, Travail social / UQAM, GRASP / U de M
Benoît, Monique, Sociologie / UQAM

En partant du cadre général du vieillissement actuel et prévu au Québec comme dans le reste de l'Occident, notre communication considère un phénomène nouveau, celui des personnes déficientes intellectuelles jusqu'ici fortement institutionnalisées et qui vivent maintenant leur vieillesse au sein de la société sous le régime de la désinstitutionnalisation. Il en est de même pour les personnes malades mentales. En 1995, on estime qu'au Québec 12.4% de la population totale vit avec une incapacité physique, mentale ou intellectuelle, ce pourcentage s'élève jusqu'à 43.4% chez les personnes de 65 ans et plus (1). Les projections pour 2005 font voir une augmentation atteignant 45.2%. De ces estimations, la tranche de la population des personnes déficientes intellectuelles représente actuellement 3% de la population totale du Québec (2). Cette communication examine les effets de cette nouvelle réalité sur les résidences d'accueil, leur organisation, les loisirs, la prise en charge en général ainsi que les représentations sociales qui accompagnent la grande visibilité d'une marginalité longtemps cachée.

1. Statistique Canada. Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991. MSSS. Projections provisoires du BSQ pour 1992-2021.
2. Chiffres de l'OPHQ.

"HEALTH CARE COSTS RISE WITH AGE" - MYTH WITH POLITICAL CONSEQUENCES

Schwartz, F.W., Busse, R., Medical School, Hannover, Germany

The belief that health care costs rise steeply with age is still part of the "common knowledge" of most politicians, clinicians, and lay people. This very common assumption ("myth") ignores the two completely different facets which have to be treated separately: the age-specific health resources consumption curve and the development of birth cohorts into older age classes of the population.

We analyzed the consumption rates of in-patient days by age using cohort data from a 10% sample of a large German sickness fund. Since US data suggested that age-specific health care costs are biased by the fact that the percentage of people in their last year of life (with costs well above average) is increasing rapidly with age, we calculated separately for survivors (n= 76646) and decedents (n= 682).

For survivors, the number of in-patient days per year (not per case) is highest in the age group 80-84. For decedents, the maximum is 10 years earlier. Both maxima are the results of two multiplying effects, the percentage of persons treated as in-patients and length of hospital stays. Percentages peak 70 years for decedents (almost 80%) and around 80 years for survivors (almost 30%); length of stay is highest for 35 to 44 year-old decedents and 45 to 84 year-old survivors. These data are very similar to the US data showing in-patient day maxima in the range of 85 years for survivors and 70 years for decedents. The increase in lifetime costs associated with an additional year of life decreased as the age at death rose.

We conclude that the relationship between health care costs and age is not as simple as "common knowledge" suggests. This myth - which is the base of many political proposals and decisions concerning medical and social benefits - is not supported by data concerning the age-specific aspect of it. Persons over 85 years are not only less often but also shorter in hospital. Instead, persons dying at an age younger than average are the most costly patients which supports the idea of good and sufficient preventive and curative care for that age group.

IL Y A PEU DE LITS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES EN ESPAGNE. QUELLES RESSOURCES SOCIALES POUR LES PERSONNES ÂGÉES TRÈS FRAGILES?

Béland, François, Ph.D., Université de Montréal, Canada
Zunzunegui, M.V., Escuela Andaluza de Salud Publica, Espagne

Le nombre de lits en résidence médicalisée pour personnes âgées fragiles et l'offre de services communautaires de maintien à domicile sont extrêmement limités en Espagne. Mais, la prévalence des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles est la même que dans les autres pays de l'Europe de l'Ouest, si elle n'est pas supérieure. Appliquer des critères d'admissibilité aux services de longue durée (SLD) utilisés dans d'autres pays à une population âgée espagnole devrait donc permettre d'identifier une proportion plus nombreuse de personnes âgées fragiles. Surtout, cette clientèle potentielle devrait inclure des personnes extrêmement fragiles, soutenues par leur famille et qui, ailleurs qu'en Espagne, sont institutionnalisées. Les données de l'étude *Envejecer en Leganés* recueillies auprès d'un échantillon représentatif des personnes de 65 ans et plus de cette banlieue de Madrid ont effectivement démontré des taux d'admissibilité aux SLD du tiers plus élevés en Espagne qu'au Québec et au Nouveau-Brunswick. Une portion de ces personnes sont aussi dans un état d'extrême fragilité. Elles reçoivent peu ou pas de services publics. En conséquence, la question centrale de la planification des SLD en Espagne n'est pas comment s'assurer de la poursuite du soutien familial, comme dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord, mais bien comment assurer la transition d'un état de fait où les services publics sont absents et où la famille fait tout, à une situation où il y a coordination entre soutien familial et services de l'État.

ATELIERS / WORKSHOPS / TALLERES

THÈME / THEME / TEMA

D

La mondialisation de la santé

Health and Globalization

La mundialización de la salud

CULTURA MATERNA RESPECTO A LA SALUD REPRODUCTIVA EN UNA COMUNIDAD RURAL DE YUCATAN

Judith, Ortega, Hoil, J., Lendecky, A. Universidad Autónoma de Yucatán, México.

El objetivo general del estudio es someter a la discusión y reflexión, la tradicionalidad del sistema de representaciones y prácticas respecto a la menarca y la dismenorrea, en mujeres de tres diferentes generaciones, a pesar de que han vivido su proceso reproductivo con una mayor o menor influencia de la biomedicina. El enfoque médico-antropológico definió el diseño de las matrices etnográficas las cuales orientaron los guiones de entrevistas abiertas a mujeres de tres diferentes generaciones de edad. La información fue analizada a través de un eje horizontal que permitió conocer lo que las mujeres piensan y hacen respecto a la menarca y dismenorrea, y un eje vertical que permitió delimitar las diferencias generacionales. Los resultados muestran que la vivencia respecto al inicio de la maduración biológica, implica toda una ritualidad femenina en la que las generaciones femeninas que anteceden a la púber, juegan un papel determinante en la transmisión de representaciones tales como "vergüenza", "suciedad", el "cuidarse de los hombres" como las fundamentales, impactando la dimensión psicoafectiva de la sexualidad, y enfatizando los cuidados o prácticas respecto a la higiene corporal, la alimentación, etc. El "pasma" como síndrome consecuente al descuido femenino respecto a aspectos climatológicos y alimentos indeseables, presenta modalidades determinadas por aspectos de la vida sexual de la mujer. Será dismenorrea en la mujer soltera, y será causa de infertilidad, en la casada.

MENTAL ILLNESS AND LIFE CONDITIONS OF PROSTITUTES IN RIO DE JANEIRO.

Silva Filho, João; De Meis, Carla - Institute of Psychiatry/UFRJ - Brazil.

A survey, based on interviews with prostitutes from a poor region of Rio de Janeiro-Brazil, was performed with the intention of gaining a better understanding on the perception and representation of health and mental illness by this group. It was observed that the population under study has a clear organized system of representing mental disease being the psychopathology divided basically into two great groups: the one of the "mad" and the one of the "nervous", corresponding respectively to the medical terms "neurosis" and "psychosis". From that basic division the group develops a whole spectrum of attitudes that go from how to deal with the mentally ill, up to trying to reason the causative factors leading to the existence of mental disorders. It was also noticed that, in this group, the medical or religious explanations for the psychic phenomena are not exclusive, i.e. it is not felt as a conflict that a person considered "mad" should seek the help of a priest or a spiritual healer, as well as a psychiatrist.

ANNULÉ

SIDA 2010: DES SCENARIOS D'EVOLUTION DE L'EPIDEMIE D'INFECTION A VIH ET DE SON CONTEXTE EN FRANCE.

Demeulemeester, René, Nadal, JM, Souteyrand, Y, Antoine, G, Cohen, JC. Direction Générale de la Santé, France.

Le SIDA est, aux yeux de la population, un problème de santé publique essentiel et l'épidémie continue de mettre fortement en cause la responsabilité de l'Etat dans tout retard d'application d'une mesure efficace. Aussi était-il important de prévoir les évolutions et de s'y préparer. Cette anticipation est d'autant plus délicate que l'information est foisonnante, rendant difficile le choix des informations réellement significatives pour l'avenir et que les germes de changement, annonceurs de ruptures de tendances sont nombreux (évolution des thérapeutiques, des comportements de prévention, tentation de modifier les politiques de dépistage, perspective d'un vaccin...)

C'est la méthode de l'analyse de scénario qui a été retenue pour explorer les développements futurs possibles dans le domaine du SIDA jusqu'à l'année 2010 puis essayer d'en déduire les stratégies les plus efficaces à mettre en oeuvre aussi bien dans les domaines de la réglementation, que des actions de prévention où d'organisation de la prise en charge.

L'étude a montré que l'évolution des valeurs dans la société française serait déterminante à la fois sur l'avenir de l'épidémie et de ses conséquences et sur le choix des stratégies.

LA CONSTRUCCION MEDICA DEL VIH-SIDA

Susana Margulies. Programa de Antropología y Salud. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Se presentan resultados parciales de una investigación sobre representaciones médicas del VIH-SIDA. Se propone avanzar en la indagación crítica de los procesos normativo-valorativos contenidos en la construcción biomédica. El eje es un análisis de las nociones, prescripciones y categorizaciones médicas sobre la definición y causalidad asignada a la "enfermedad VIH-Sida". El material utilizado lo constituyen los textos de entrevistas en profundidad realizadas a 30 médicos vinculados a la organización/gestión y atención en instituciones públicas de salud de Buenos Aires y La Plata. Planteamos la existencia de una concepción de "enfermedad" y de los sujetos que combina evidencias epidemiológicas y clínicas de distinto origen y nivel con formulaciones de sentido común y en las que se expresa un fuerte contenido normativizador-disciplinador. Dos aspectos resultan relevantes en la indagación de la "historia natural del Sida". De un lado, la estrechez de las nosologías fundadas en el discurso biológico. Del otro, la naturalización de los procesos y fenómenos vinculados a la identificación del virus, su transmisión y los daños somáticos, constituidos en objetos de manipulación médica. Resulta central la noción médica de "contagio" y la reducción de las diversas vías de "adquisición" del virus a "conductas" nocivas y/o una condición de enfermedad previas. Ello posibilita la reversión de sentido que convierte al "portador" en amenazador. Se efectúa un doble enmascaramiento: de los procesos de creación y recreación de objetos de estudio e intervención médica; de la operatoria de un sistema de valores. La construcción médica de la "enfermedad VIH-Sida" se funda en un modelo de lo normal y lo patológico que expresa y refuerza la normatividad dominante, abonando el campo social e ideológico organizado en torno de este complejo de estigmatización-discriminación, sufrimiento y muerte.

LES CANADIENS ET LE SYSTÈME DE SANTÉ: LES QUÉBÉCOIS ENCORE DISTINCTS.

Lamontagne, Yves, U. de Montréal, Leduc, Louise, Angus-Reid, Montréal, Canada.

Une enquête transversale faite chez 3000 canadiens révèle que les visites aux médecins omnipraticiens sont moins fréquentes au Québec que dans le reste du Canada alors que celles aux cliniques sans rendez-vous et aux urgences sont plus élevées. Enfin, à la grandeur du pays, ce sont les campagnes d'information sur le tabagisme, l'alcoolisme et les toxicomanies et le SIDA qui sont les plus connues. L'auteur discute de ces résultats en fonction de facteurs culturels et socio-politiques inhérents au Québec et donne des idées sur des actions à entreprendre pour modifier les attitudes de la population face à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

HEALTH PROMOTION THROUGH CULTURAL PARTICIPATION

Karisto, Antti. Department of Social Policy, University of Helsinki, Finland.

The purpose of the paper is to discuss the role of cultural act(or)s in health promotion. This is made first by giving some examples of new innovative working practices within social work and health promotion. Reflexivity, empowerment, social space and mobilization are the four key concepts in the paper. Cultural participation can contribute to health and social goals in many ways. People's reflexivity and their sensitivity to differences can be increased, which is needed in globalizing environments. Cultural participation is most closely linked with aesthetic space, but it may also enlarge of our moral space. Health promotion through cultural participation may be an effective way of mobilizing people, because it gives them immediate rewards in a form of joy and excitement. It may also have long term effects by improving people's life control and coping abilities. Culture may offer 'voice' to the marginalized and rise their problems into the political agenda.

Human Capabilities Building a New Paradigm in Community Participation in the Delivery of Health Care

NONA RALPHEL CALHOUN-MUMIA

This paper deals with a complex, difficult topic which little is known. The paper considers community participation in the delivery of health care in a general way. Defining the various philosophies that underline the push towards community participation in problem identification, decision-making and problem-solving of health issues in the community. It makes some observations on the power changes needed in the health system establishment, that will allow communities to be responsible for its health care services. Observations are made on the physicians' role and the role of the Teaching and Referral Hospitals. It examines the role of government, particularly at the district levels and provincial levels and it looks at the needs of the various management boards and health committees that are designed to monitor the heartbeat of the delivery of health care in a given community. Following these observations the conclusion will present the need for human capabilities building so that community participation is no longer a by word for economic inputs, but really a move towards joint responsibility in the attainment of health for all. The focus of this paper is the delivery of health care in developing countries but it also has some implications for community participation in the delivery of health care of complex, technological societies.

REDES COMUNITARIAS: UN ENFOQUE PARA LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD.

Natalia Yejo y Castillo, Luisa. ALAMES, Caracas-Venezuela.

Desde el enfoque de la promoción en salud, la participación comunitaria es estrategia fundamental en todo el proceso de acción, como vía para generar transformaciones en las condiciones de vida y salud. En Venezuela la necesidad de reformar el Estado, agudizada por la crítica situación económica y el aumento de las demandas políticas por mayor democratización, ha venido acentuando las tendencias descentralizadoras. Sin embargo, la esencia de la democratización en este proceso, sólo será completada si se extiende al nivel local de gestión gubernamental, donde la participación ciudadana pueda expresarse con mayor fuerza y efectividad. A través de las *Redes Comunitarias*, se propician acciones transformadoras de las relaciones, recursos y saberes en salud, facilitándose en los espacios comunitarios la incorporación de diferentes actores sociales, en la búsqueda de mejores condiciones de vida. Este trabajo, sistematiza una experiencia de planificación participativa en salud, desarrollada en una comunidad urbano-marginal de Caracas durante el año 1995. Se recogen una serie de elementos y prácticas que pretenden consolidarse como una propuesta para la sustentación de impactos sociales que logren la transformación hacia una cultura participativa y el mantenimiento de adecuadas condiciones de vida y salud de la colectividad.

Participación del Sector No-Gubernamental en el proceso de Reforma: Experiencias en Rep. Dominicana.

Quezada, Tirsis. Instituto Nacional de la Salud, Rep. Dominicana.

Las Organizaciones No-Gubernamentales en salud, han jugado un papel significativo en servicios, pero marginal en cuanto a decisiones en algunos países de la región. Con las propuestas democratización, participación, descentralización, y sobre todo los procesos de reforma en salud, estas instituciones enfrentan el reto de pasar de ser marginales a la toma de decisiones a ser considerados como opción en cuanto subsector que puede ofrecer servicios varios en sistemas nacionales de salud reformados.

El dilema se presenta por una parte por las dificultades de este subsector de tan diversos orígenes e intereses, para constituirse en actor social que exprese propuestas concertadas a ser tomadas en cuenta en el proceso de reforma; y por otra, por la falta de condiciones, tanto del subsector mismo, como de los estados para abrir espacio a una participación diferente a estas instituciones. En este trabajo analiza la experiencia de las ONGs en salud en Rep. Dominicana alrededor del proceso de reforma, y presenta propuestas de articulación en dirección a la participación.

PSICOLOGÍA Y METODOLOGÍA PARTICIPATIVA COMO UNA ESTRATEGIA PARA LA MODIFICACIÓN DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LATINOAMÉRICA.

Ortiz Viveros Godeleva Rosa. Universidad Veracruzana. México.

Ehrenzweig Sánchez Y. Universidad Veracruzana. México.

Existe cada vez un consenso mayor sobre la afirmación de que el mejoramiento de la salud de la población se logrará no a partir de nuevos desarrollos en la tecnología biomédica, ni la sobreespecialización de los médicos, sino a través de acciones anteriores a que el individuo entre en contacto con el sistema de atención a la salud de cada país, esto es, acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad. Por otra parte, se ha identificado que las causas de muerte no son las condiciones fisiopatológicas al momento de morir y que son los que se asientan en los certificados de defunción, en su lugar se ha identificado a ciertos hábitos y estilos de vida como causas reales de muerte; formas de comportamiento que constituye el objeto de estudio de la Psicología. En este trabajo se plantean los aportes de la Psicología en el campo de la salud en conjunción con una metodología participativa, congruente con las condiciones latinoamericanas que busca la responsabilidad y autogestión en individuos y comunidades.

PARTNERSHIPS IN HEALTH PLANNING : THE HOPE AND THE REALITY

Billette Isabelle, White D., U. de Montréal, Canada

Throughout the world, health systems are currently undergoing critical appraisal and being subjected to reforms, in efforts to provide quality services on restricted budgets, meet new needs, and effectively reach specific social groups. Solutions often include strategies for involving lay people in service planning and delivery, and for promoting collaboration between different sorts of service providers. The key word seems to be «partnerships». This entails the meeting of different models of intervention and different types of health «actors», including, for example, primary health workers and administrators, social workers and health workers, professionals and lay actors, institutional and community workers. But little is known about the dynamics of such partnerships and where they lead. We conducted an in-depth case study of such an experiment, in one region of Quebec, in the domain of mental health planning. Data was gathered through semi-structured interviews with members of a regional planning committee, including regional administrators, representatives of the psychiatric and social work professionals working within public health institutions, and representatives of independent community groups working in mental health. Each set of actors represented different practices, different priorities, indeed, different views of the nature of mental illness itself. We analysed the interview transcripts in terms of a) the conditions and constraints externally imposed on the partnership experience, b) the strategies of participation developed by the individual partners, and c) the partnership dynamics that emerged over a year of meetings, at the end of which a regional plan had to be produced. Results suggest that such partnership experiences are unlikely to lead to consensus on contentious issues. However, to the extent that differences are recognized, and conflict is condoned, it is possible to create a dynamic capable of contributing to ongoing system renewal and innovation.

LA CULTURE ORGANISATIONNELLE et L'UNIFICATION de SOINS DE SANTÉ

Macedo, J. N

L'objectif de ce texte est d'analyser l'importance de la culture organisationnelle dans un processus d'unification/fusion d'organisations de soins de santé, en terme de sa contribution, positive ou négative au processus d'implantation de la réforme de santé au Brésil.

Le processus de réforme du secteur de la santé au Brésil prend pour stratégie l'unification des institutions publiques prestataires des soins. Auparavant, les soins de santé étaient donnés par plusieurs institutions publiques et privés. Les Institutions publiques étaient une Fédérale, le réseau des institutions provinciales et les institutions municipales. Cette réforme est un changement radical car elle vise les caractéristiques formelles de l'organisation (stratégie, structure et système de gestion.), leurs valeurs de base, leurs système de signes, de signification et leurs pratiques, c'est-à-dire, leur culture organisationnelle.

Après une révision bibliographique sur la conceptualisation de culture, nous allons définir ce que l'on entend par "culture organisationnelle", puis, nous allons décrire comme nous concevons le rôle de la culture dans un processus de fusion, et les possibilités de changement culturelle, enfin on fait des remarques sur les stratégies que peuvent être utilisées pour rendre plus facile les changements et donc la formation de la nouvelle culture.

La gestion de la culture organisationnelle, doit être vue comme un mécanisme de plus que peut contribuer à l'implantation de la réforme, sans qu'il soit nécessaire de perdre de vue la notion de complexité du processus et de l'enjeu du pouvoir. On argumente que, l'importance de la recherche sur l'émergence de la culture et sa diffusion à travers le réseau, son institutionnalisation, doit attirer l'attention des dirigeants comme étant un mécanisme à utiliser pour renforcer de nouvelles valeurs, de nouvelles stratégies, de nouvelles croyances et pratiques.

SANOLOGIA: PARADIGMA ALTERNATIVO

Dr. Jorge Aldereguía Henriques (Ph.D). UNIVERSIDAD DE LA HABANA.

La búsqueda de nuevas interpretaciones del proceso-salud enfermedad y bases más integrales para las políticas de salud y sanitarias es una necesidad a las puertas del nuevo siglo. Con la denominación de SANOLOGIA se vertebró un proyecto de investigación interdisciplinaria con participación multidisciplinaria para lograr un marco conceptual holístico para la interpretación del aspecto olvidado, la salud, en el camino de una teoría y práctica de protección y fomento de la salud de los sanos, la creación de una nueva cultura humanista y una racionalidad social acorde a estos altos propósitos. SANOLOGIA junto al control de los factores de riesgo otorga protagonismo esencial a la generación de factores sanógenos de índole socio, psico, biológico, medio ambiental y médico sanitarios como elementos vinculados a la vitalidad, el bienestar y el desempeño activos. Su propósito de hacer desaparecer la medicalización enajenante no la enfrentan al humanismo secular de la medicina lo que le permite, por ejemplo, desarrollar en su seno también la sanoclinica y su instrumento de servicios de salud: la clínica del sano. Su orientación educativo cultural hacia toda la población, incluida la enseñanza universitaria, promueve la intención liberadora de que cada uno sea, cada día más, "médico" de sí mismo y los suyos.

THE SELF-CONCEPTUALISATION OF THE SOCIAL CONSTRUCT „HEALTH“ - RESULTS OF AN INTERVIEW AMONG MEDICAL STUDENTS

Niehoff, Jens-Uwe, Schneider, F. Berlin, Germany.

Background: While „disease“ follows widely scientific and medical constructs or by legal regulations, „health“ is a social construct. Consequently, the definition of „disease“ follows the needs of medical services. In contrast, prevention and health promotion as social actions need insight into the social contents of health and the concepts people have about health.. We hypothesize that the social construction of health depends on many conditions such as personality, age, gender, social class, social experience, health experience or tradition and culture. The authors have developed and have pre-tested an interview guide to investigate the extension and the intention of health constructs among different groups of people.

Study: The interviewed individuals include a wide range of different groups, such as medical students, nurses, pupils, elderly, disabled people, single mothers. The interview guide and its 70 items focus on the

- concepts of help
- health resources
- social resources
- beliefs in responsibilities for health
- preferred social contacts and
- the orientation of the personality.

Results: The authors will present the very first results of that study, which will be continued in an inter-cultural comparison between different countries in future.

ADOLESCENCE ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Dubois, Lise, Université Laval, Canada.

Les jeunes sont régulièrement la cible de campagnes de promotion portant sur les comportements reliés à la santé. Mais la santé, en parallèle, est aussi déterminée par la place relative que l'on occupe dans la société. En lien à cette problématique, nous avons procédé à l'analyse secondaire de données d'enquêtes se rapportant aux jeunes québécois de 15 à 19 ans (Santé Québec et Ministère de l'éducation) afin de dégager une réflexion sur la position sociale et la santé actuelles et futures des jeunes. Nous nous sommes attardée aux données de santé psychologique (problèmes de sommeil, stress, support social, détresse psychologique et suicide), puis aux données de comportements (alimentation, activité physique, consommation de tabac, d'alcool, de drogue et comportement sexuel). Dans une optique d'analyse sociale de ces données, nous avons dégagé les interrelations entre les variables psychosociales, les modes de vie à l'adolescence et la position sociale future (reliée à la scolarité et aux choix de carrière effectués à cet âge), laquelle sera fortement garante de l'état de santé et de l'espérance de vie à l'âge adulte. L'analyse de ces données révèle des différences marquées entre les comportements et le vécu psychosocial des filles et des garçons de ce groupe d'âge. Certains modes de vie contraires à la promotion de la santé contribuent à l'intégration sociale des jeunes (fumer, boire de l'alcool, ...) alors que la détresse psychologique et les comportements suicidaires sont possiblement indicateurs d'une mauvaise intégration sociale. Les modes de vie des jeunes sont ainsi à la fois déterminés par leur position sociale actuelle, et déterminants pour leur position sociale future, ce qui doit être pris en considération pour qui s'intéresse à la diminution des inégalités de santé dans notre société.

MODELO ALTERNATIVO DE ATENCION PARA LA SALUD DE LA MUJER RURAL EN MEXICO.

Cecilia García Barrios , García, C.. Instituto Nacional de Salud Pública- UNAM. MEXICO.

Se diseñó y evaluó un programa de atención para la salud dirigido a lograr cambios en los determinantes de la salud reproductiva a través de intervenciones que integren a los diferentes actores que participan como son las mujeres, las parteras, las promotoras y el personal médico. El programa pretendió afectar específicamente: Los conocimientos y conductas de la embarazada, incluyendo el patrón de utilización de los servicios y el apoyo psico-social; el proceso de atención de las parteras y; la salud de la madre y el recién nacido. Se utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo no equivalente en dos poblaciones del Estado de Morelos. Se hizo un diagnóstico de salud reproductiva sobre una línea basal de 750 mujeres embarazadas que fueron entrevistadas en su etapa posparto. Con base en ese diagnóstico se diseñó la intervención, la cual fue implementada en otras 484 mujeres y con 560 más utilizadas como control. La intervención probó ser eficaz para: mejorar el nivel de conocimientos en relación a la salud reproductiva; modificar los hábitos de las mujeres durante el embarazo; incrementar la utilización oportuna de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio; aumentar la valoración positiva del apoyo psico-social, las expectativas sobre los servicios de salud y el uso de métodos de planificación familiar. Trajo efectos positivos sobre la salud de la madre y el niño y disminuyó la incidencia de problemas emocionales. Finalmente, el diseño y desarrollo de un curso de capacitación a parteras a partir de sus propios conocimientos, creencias y prácticas logró la incorporación de aspectos técnicos así como los mecanismos de supervisión y de educación continua que en otros cursos convencionales no se han manejado.

EDUCACIÓN, UNA HERRAMIENTA PARA LA PROMOCION EN SALUD: EL CASO DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL.

Castillo, Luisa ; Yejo, Natalia y Chávez, L. ALAMES, Caracas-Venezuela.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños y niñas, tradicionalmente ha sido una labor profesional desarrollada sin una amplia cobertura desde las instituciones de salud del nivel central. Esta vigilancia en general, se limita al registro de datos del crecimiento y desarrollo de los individuos (peso y talla) sin generar acciones concretas. La Dirección de Salud de la Alcaldía de Caracas se planteó la necesidad de crear mecanismos alternativos donde se promocióne la vida, con participación activa de la comunidad. Esto implicó un cambio ideológico a través de procesos interactivos y dialógicos en educación permanente no formal. Se logró el manejo de la información necesaria haciendo de la vigilancia del crecimiento y desarrollo, una estrategia de promoción de la salud incorporando datos cualitativos de situación de salud y condiciones de vida. Esto se llevó a cabo en la parroquia más populosa de Caracas involucrando diferentes espacios del quehacer cotidiano (preescolares, escuelas deportivas y organizaciones vecinales). El conocimiento generado ha dado a la comunidad herramientas para negociar con diferentes instituciones, involucrándolas en el proceso y permitiendo en algunos casos redireccionar los programas dirigidos a esta población.

CONCEPTS OF 'WILLING' IN AIDS PREVENTION STRATEGIES.

Banks, Timothy. Social and Political Thought, York University, Canada.

As the AIDS pandemic spread to North America, AIDS researchers identified 'risk behaviours' associated with the transmission of HIV. As a result, AIDS prevention and education has focused on modifying, reducing and/or eliminating these 'risk behaviours'. These efforts are increasingly coming under attack in North America, in light of evidence that suggests behaviour has not changed in proportion to attitudes, especially among young adults. By comparing assumptions about the nature of 'willing' contained in HIV prevention and education models with theoretical conceptions of 'willing,' this study argues that more effective prevention strategies would use a model of 'internally related willing' rather than either a 'behaviourist' or 'rational choice' model. Moreover, the 'internally related willing' model suggests that effective prevention strategies must provide for participatory membership and citizenship, personal and social integration, and non-medicalization of risk.

AIDS, SEXUALITY AND THE SOCIAL ORDER. MEDICALISATION OR EMPOWERMENT?

Davis, Peter, Lichtenstein, B., U. of Auckland, U. of Canterbury, New Zealand.

While the AIDS epidemic has wrought a terrible toll on the gay community and provoked a sometimes homophobic social response, arguably it has also opened up a potentially more productive discourse for a range of issues in the social regulation of stigmatised behaviours. Where the discourse on regulatory issues concerned with same-gender sex, sex work and injecting drug use has been largely dominated by a punitive terminology of a legal and moral kind, the AIDS epidemic has provided an opportunity for the introduction into these policy arenas of medical and public health concepts. In particular, it has been under the aegis of health promotion that health bureaucrats, professionals and academics have entered the field. Furthermore, such concepts have been used by previously marginalised groups to advance potentially liberating policy agendas. The paper will illustrate this process drawing on case study material from the New Zealand experience. We will show how, with a shift in the terms of the debate, several policy issues have been promoted within the terms of a health promotion mandate. It will be argued that, while such a shift in the discursive field risks substituting one form of social control for another (medicalisation), to date the legitimacy afforded by the health promotion agenda has given socially marginalised groups considerably more leverage in the policy process than they had before (empowerment).

USING COMPOSITE INDEX TO HELP CAPACITY BUILDING FOR INTERSECTORAL ACTION

Akerman, Marco, CEDEC - São Paulo, Brazil.

The problem of equity among peoples poses one of the greatest tasks facing humanity. In order to tackle complex problems we need to look for sustainable solutions and no single group can supply all the answers. Claims are made that the model for scientific argument is changing from a formalized deduction to an interactive dialogue, so that the paradigmatic science is no longer one whose explanations are unrelated to space, time and process. The present paper explores an attempt to develop an interactive dialogue with key stakeholders in two Brazilian cities - São Paulo and Campinas - by means of building composite indices of social deprivation, social exclusion and quality of life. Many commentators have addressed the need for interaction between urban sectors and this paper makes a case for using composite index to help local capacity building and strengthening integration between municipal departments. We show that researches on urban health and management may contribute to concerted action by catalysing an interactive dialogue between all legitimate perspectives in the urban environment.

DE LA SURVEILLANCE À L'ACTION SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Laplante, Odette¹, Fortin, Lynda¹, Prévost, André²

Le développement de la surveillance et de l'analyse de la santé et du bien-être de la population par les équipes de Santé publique, depuis une quinzaine d'années, a exercé une influence considérable sur la prise de décision et l'orientation du réseau de services sociaux et de santé du Québec, en amenant ses préoccupations au delà du système de soin, tant au niveau stratégique que local. Des exemples seront présentés pour illustrer comment cette fonction, en alliant chercheurs et intervenants, permet de mieux connaître et de faire connaître les problèmes, de sensibiliser les décideurs et susciter des interventions de prévention et de protection de la santé et du bien-être.

Des orientations telles le "virage prévention", l'action auprès des communautés ou groupes vulnérables qui constituent les fondements de la Politique de la santé et du bien-être, ont émergé notamment, parce que l'analyse des inégalités sociales par les équipes en Santé Publique a démontré l'urgence d'agir sur certains déterminants. De même, la sensibilisation et la mobilisation des populations au sujet d'environnements sans fumée, des traumatismes routiers, de problèmes environnementaux ou de la violence constitue un autre niveau d'action où la connaissance-surveillance-analyse de la santé a joué un rôle déterminant.

L'exemple du projet "Des milieux de vie à connaître" développé par les équipes de santé publique et des CLSC de la région Chaudière-Appalaches au sujet des enfants, illustre comment, avec une méthode adaptée, ce processus permet aussi d'orienter et de soutenir l'action locale. Cette méthode de diagnostic par municipalité intègre autant des données socio-sanitaires que la connaissance empirique des intervenants et a pour effet de mobiliser les intervenants et la population autour de la création d'environnements favorables au développement des enfants.

¹ Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

² Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

EL COMITE PRO AGUABLANCA: "Una alianza estratégica entre las políticas y los recursos de la cooperación técnica internacional y un gobierno local, para favorecer el desarrollo integral de una comunidad urbano marginal en Cali, Colombia".

Uribe, Javier. SPI

En 1993 fue conformado el comité Pro Aguablanca por: la Alcaldía Municipal, Presidencia de la Republica, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Cooperación Italiana. Sus objetivos eran: trazar un plan de desarrollo integral para el SILOS, establecer mapas de riesgo e intervenir las comunas mas vulnerables, auspiciar el desarrollo económico de los grupos más necesitados.

Aguablanca es una comunidad urbano marginal con 320.000 hab, que se conformo mediante asentamientos ilegales de terrenos antes dedicados a la agricultura, por personas provenientes de la costa pacífica y del sector rural colombiano. Estos antecedentes ocasionaban serios problemas sociales (pobreza, violencia, etc).

Pro Aguablanca adquirió una dinámica propia y representativa, permitiendo conjugar: las políticas de salud nacionales-municipales y locales, la cooperación técnica de las agencias involucradas, con las necesidades sentidas de la comunidad. Fueron aprobados y ejecutados 52 proyectos presentados por la comunidad y la instituciones (proyectos que se integraron al plan de desarrollo de la ciudad).

LA POLITIQUE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRE EN TUNISIE : LA DOUBLE DECEPTION

M. Marzouki . Sousse , TUNISIE

La réforme du système national de soins en 1981, orientée sur la priorité absolue donnée aux soins primaires, tels que préconisés par la conférence d'Alma-Ata, a fait long feu. Aussi bien pour le pouvoir politique que pour les professionnels de la santé, qui en ont fait leur cheval de bataille, l'ère de toutes les déceptions est arrivée à partir des années 90.

La nouvelle réforme du système de 1991, dans la logique d'un système libéral, est hospitalo-centrique la première ligne, étant plus ou moins oubliée. Tout se passe comme si une époque était révolue et que le vent de la mode a tourné. Les professionnels de plus en plus déçus essaient de se recycler. Les raisons de cette double désillusion proviennent du profond malentendu entre pouvoir et professionnels, sur les exigences sociales, le coût, et les bénéfices réels d'une telle approche des problèmes de santé.

La communication analysera les symptômes et les origines de ce double désenchantement, en essayant de dégager pour le futur les axes d'une politique à la fois réaliste, modeste, et non idéologique.

SELF-CARE ENHANCEMENT BY HEALTH CARE PROFESSIONALS

Romedor Jean-Marie, LaPerrière B., Health Canada, Ottawa

Self-Care and Family/Community care are two basic pillars of health care. Self-care, for the purpose of this study, consists of the decisions and actions taken by someone who is facing a health problem (acute or chronic, mental or physical) in order to cope with it and improve his or her health. The primary focus of this project is to document how various nurses and physicians support self-care among their clients or patients. A second part of the project will provide examples of programs and tools which enhance self-care. The main objective of the project is to present such current Canadian practices and programs in order to inform, educate and inspire professionals and the public. It is expected to contribute, in the long run, to reorienting professional practices towards improved client/patient centredness and empowerment. A preliminary questionnaire has been sent to nurses and physicians interested in our study. A maximum of ten physicians and ten nurses will be selected and interviewed in-depth across Canada, during the period January - March 1996. Each interview will focus on the description of two client encounters in which the professional felt supporting her/his client's self-care activities. Case illustrations for the various interviews will be written and presented under the main emerging themes. The second part of the project will present categories and characteristics of effective programs and tools, with a description of a dozen selected examples. Preliminary findings will be presented at the Conference, as well as our plans for disseminating the results.

CADRE D'ACTION STRATÉGIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Colin, Christine

Valentini, Hélène

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Canada

Les grands enjeux du système sociosanitaire sont définis dans la Politique de santé et de bien-être qui oriente clairement tout le système de santé et de services sociaux (PSBE). Elle le convie à investir dans la santé, en agissant davantage en amont des problèmes, avant que des situations sociosanitaires ne se détériorent.

L'atteinte des résultats est largement conditionnée par une articulation étroite entre l'action des équipes de santé publique et la dynamique des communautés dont la santé et le bien-être dépendent d'une foule de facteurs et d'acteurs extérieurs au secteur de la santé et des services sociaux.

Le cadre d'action stratégique énonce donc des actions de santé publique à mener dans l'ensemble du Québec, dans une dynamique de concertation des efforts, de coordination nationale et d'optimisation des résultats, ceci dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

REDES DE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES Y SU ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD COMUNITARIA.

Marco A.Castillo M., Ureña C.L.E.
Universidad de Guadalajara, México.

Para identificar facilitadores y barreras en las estrategias de articulación en la atención a la salud comunitaria, entre Organismos no Gubernamentales (ONG'S) y diferentes sectores del gobierno, se realizó una investigación participativa en el Estado de Jalisco, México de 1993 a 1995. Con la investigación-acción, en la fase 1, se elaboró mediante la técnica de bola de nieve un directorio de 497 ONG'S. En la fase 2, se realizaron reuniones en 5 regiones del estado, para formar redes. En la fase 3, se diseñaron heurísticamente las estrategias y líneas de acción. Se formaron 2 - redes: por campo de trabajo y por regiones constituyendo un Consejo Técnico Estatal. Es necesario un eje integrador que articule, sistematice y establezca indicadores de capacidad resolutoria. El quehacer de las ONG'S se potencializa al formar redes y participar en co-administración con diferentes niveles gubernamentales. Las principales barreras son por falta de: Cultura de Democracia Sanitaria, Método Colectivo de Trabajo, Sistematización y Profesionalización de ONG'S.

DEMOCRATIZACIÓN, GESTIÓN MUNICIPAL Y PERSPECTIVA DE GENERO

Magally Huggins C., Urbaneja, María. CENDES-UCV; ALAMES. Venezuela

A partir de la discusión sobre el papel de los gobiernos municipales en la descentralización y democratización del Estado, debido a su particular relación con la sociedad civil que facilitaría la participación de la sociedad organizada, como expresión concreta de democratización de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, a fin de generar una democracia participativa, se evidencia la necesidad de incluir una tercera categoría de análisis: el género, en la forma en que abordamos esta relación de participación, pues nos obliga a integrar a otro actor social: las mujeres. Al introducir la categoría género -femenino y masculino- se evidencia su importancia en la construcción de los espacios públicos y privados en la sociedad, lo cual hace diferente la participación de hombres y mujeres como ciudadanos y ciudadanas en la vida democrática nominal. Es decir que si queremos democratizar realmente las relaciones del Estado y la sociedad civil a fin de construir una democracia real, tenemos que visualizar la participación específica de las mujeres, ya que ésta ha sido invisibilizada. Desde este marco referencial discutimos la política en el campo de la salud y la experiencia concreta de la Dirección de Salud de la Alcaldía de Caracas durante los años 1994-1995.

FROM INTEGRATIVE BUREAUCRATIC STRUCTURES TO SOCIAL PARTICIPATION: HOW COVENANTAL RELATIONSHIPS CAN FOSTER CITIZENSHIP BEHAVIOR IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS

Tourigny, Louise, Ouimet, G. Concordia University, Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Canada.

As health care organizations grow in size and complexity, they emphasize structures and procedures for integration. A large proportion of resources are devoted to the integrative functions. This tends to reduce their efficiency (Bergquist, 1993). However, markets globalization directly affects governments' expenses. Integrative services have become too extensive and costly. In the postmodern world, the complexity of health care organizations cannot be reduced. Therefore, researchers must investigate other means of integration. Attempts to direct and control the professionals actions through bureaucratic structures yielded mixed results (Jérôme-Forget, 1995). Indeed, professionals in health-care organizations present a professional orientation that transcends the organizations' cost efficiency objective. It is contended in this paper that the problem of integration is related to the contractual nature of the relationships between professionals and administrators. The notion of contract itself involves a transactional exchange which is incompatible with the role of professionals. It is suggested that covenantal relationships that are characterized by open-ended commitment, mutual trust, and shared values, and based on ties that bind health care participants to communities be considered as an alternative solution to the problem of integration. Covenantal relationships can lead to high level of citizenship behavior (Van Dyne, Graham, and Dienesch, 1994). That is, it can increase social participation based on responsible involvement in community self-governance. Furthermore, covenants are compatible with local autonomous actions that foster adaptive responses to a rapidly changing environment.

DECISIONS FOR HEALTHFUL PUBLIC POLICY: CITIZENS AS LEADERS

Shoveller, Jean, University Of British Columbia, Canada

Participatory approaches to planning and implementing healthful public policy are heralded as the way of the future. As decision-making about health becomes increasingly decentralized, citizens are called upon to make judgments about service provision, programming alternatives and budgets. Referenda provide a vehicle for citizen participation through the act of voting. This study reviews the potential impact of direct democracy on the way citizens organize around public policy issues. The theoretical framework to be presented was developed using grounded theory methods and overviews the experiences of citizen leaders during a referendum about alcohol control in an urban neighbourhood. The conceptual linkages between citizen leadership and systems of governance will be explored. The presentation will suggest strategies to guide effective and equity-producing approaches to decision-making for healthful public policy.

THE SOCIAL AND STRUCTURAL INFLUENCES OF COMMUNITIES ON PARTICIPATION IN HEALTH CARE DECISION-MAKING

Abelson, Julia University of Bath, United Kingdom

The subject of public participation in health care decision-making is of interest to Canadian policy-makers as provincial governments devolve responsibilities for health care decisions to regional and local governing bodies. Despite the vast participation literature few studies have examined the factors that influence community-level participation in health care decision-making. This paper discusses preliminary results from a study that has examined, using case studies of four Ontario communities, the relationship between the social and structural characteristics of communities and the nature of participation in health care decision-making. An analytic model of community-level participation in health care decision-making is presented and used to explore the relationships between participation and its various influences. The model highlights the role that 'pre-disposing' (e.g., socio-economic characteristics) 'enabling' (e.g., the presence of a strong participatory culture supported by community associations) and 'precipitating' (e.g., community mobilization in response to perceived threats such as hospital closures or environmental hazards) factors play in shaping the degree, form and intensity of participation in local health care decision-making.

PROMOCION DE LA SALUD. UNA PERSPECTIVA BASADA EN LA PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA.

GARCIA SOSA, Milton.- ALAMES-URUGUAY.-

Muchos identifican la Promoción de la Salud con las grandes campañas sanitarias acerca de algún tema específico, diseñadas desde grandes organizaciones gubernamentales o no, con poca o ninguna participación de la población. Esta juega un rol mayormente pasivo. La actitud esperada es la de aceptación de la propuesta y la colaboración para que otros la acepten. A través de la utilización de estrategias preventivo-educativas, que impliquen una real participación de la comunidad en todas las fases, es posible orientar la Promoción de la Salud de manera que responda a las reales necesidades e intereses de la gente y donde ella se sienta verdaderamente comprometida. Es una tarea desde la base llevada adelante por los propios interesados, sin omitir el aporte del equipo de salud. Numerosas son las experiencias que avalan la importancia de un trabajo promocional donde los propios pobladores: niños, jóvenes, adultos, van tomando responsabilidades individuales y colectivas para el mejoramiento de su calidad de vida, objetivo prioritario de la Promoción de la Salud.

La Educación, en todas sus formas y con todos sus medios interpersonales y masivos así como las Organizaciones, son las principales herramientas en esta labor.

LA PROGRAMMATION STRATEGIQUE DES ACTIONS DE SANTE : EVALUATION QUALITATIVE DE PROJETS REGIONAUX DE SANTE.

LACOMBE Karine, DEMEULEMEESTER R., Ministère Du Travail Et Des Affaires Sociales, France.

La programmation stratégique des actions de santé est une méthode de planification par objectifs, enseignée dans le cadre de plusieurs sessions de formation-action et utilisée par la Direction Générale de la santé en France pour élaborer des projets de santé à l'échelon régional. La première évaluation tactique de la méthode a pris place en 1995 selon un principe qualitatif (questionnaires, entretiens, indicateurs de qualité). L'objectif principal concernait l'analyse de la structure mise en place pour élaborer les projets, le processus utilisé et ses effets sur les acteurs locaux et les partenaires nationaux. Plusieurs objectifs spécifiques étaient par ailleurs visés : analyser l'utilité et l'adéquation de la formation-action, juger la pertinence et l'influence du partenariat sur l'organisation des actions de santé, mettre en évidence les éventuels problèmes d'articulation avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire français, et enfin évaluer l'organisation générale des projets. Le travail effectué a été jugé très important par tous les acteurs concernés car il a jeté les bases d'une politique régionale de santé publique originale et novatrice. Le résultat final de l'évaluation met cependant en évidence la difficulté du passage de la pratique aux réalités de terrain.

PRIMARY HEALTH CARE SERVICES UNDER LOCAL COMMUNITY CONTROL: AN ALTERNATIVE SOLUTION TO THE HEALTH SERVICES CRISIS.

Benos Alexis, Gruffydd M, Kavaka N, Giannakopoulos St, Zdoukos Th, Aslanoglou Th, Raftopoulos P. Triandria Primary Health Care Unit, Laboratory of Hygiene and Social Medicine Thessaloniki University Medical School, Greece.

Health care services in Greece are in deep crisis. The National Health System characterised by a centralised, doctor-centred, cure-oriented and hospital-based, bureaucratic organisation is under an overt crisis of funding, effectiveness and reliability, whereas the unmet health care and social support needs of the population are rising. The crisis is deepening due to a non documented and unlimited expenditure policy in new technology devices and the rising private investments based on public funding. In order to evaluate the role of Primary Health Care as an alternative solution to the above mentioned crisis, a pilot Primary Care Unit was designed and implemented in an inner-city borough of Thessaloniki with the political and economical support of the local authorities. This paper presents the aims and attitudes of the project, stressing upon the strategy of decentralisation and community involvement regarded as a key element for the reorientation of the health care services towards the community and their reorganisation based on the actual population needs. The experience of the first two years of the implementation period showing the viability and the political, scientific and social output of this pilot project are further discussed.

AVANCES Y ESTANCAMIENTOS EN LA FORMULACION DE UNA POLITICA DE SALUD DEMOCRATICA EN CHILE.

Tetelboin Henrion, Carolina. Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Bajo la hipótesis que no hay grandes avances en el desarrollo de una política de salud democrática en el Chile de hoy, sino que se mantiene esencialmente el modelo impuesto por la dictadura que es de naturaleza profundamente inequitativa, el presente trabajo incursiona en la revisión de las estrategias oficiales que han intentado superar los efectos negativos del modelo sanitario, con escaso éxito hasta ahora. Se postula que el principal obstáculo, no obstante las buenas intenciones, es que se parte de una intervención que no cuestiona la condición estructural que está en el origen de los problemas tanto en el sistema público, en sus dos variantes, y en el privado, particularmente en las ISAPRES abiertas. Más allá de sistemas perfectibles en su racionalidad técnica y económica, se requiere una profunda reestructuración del sistema sanitario global en función de criterios distintos a los vigentes. De lo contrario, se mantendrá una relación irracional y deforme público-privada, que no permite avanzar en perspectiva en la atención de los problemas de salud y en la situación de los trabajadores que han manifestado su inconformidad por el estado de cosas del sector.

THE INTERNATIONAL CLEARINGHOUSE OF HEALTH SYSTEM REFORM INITIATIVES. ADVANCES TO DATE

Miguel A. González Block, M.A., Dr.Sci., Julio Frenk, M.D., Ph.D.

The Joint Programme for the Analysis of Health Policies and Systems (PROSYPS) of the National Institute of Public Health (INSP) and the Mexican Foundation for Health (FUNSALUD) established the International Clearinghouse of Health System Reform Initiatives. Its aims are to comprehend and classify health system reform proposals and implementation processes internationally; to identify the conditions under which selected reforms succeed or fail, and to develop appropriate methodologies to assess their impact. The main strategies consist in the promotion of a comparative perspective on health systems, the sharing of findings and documentation, and the support of analytical efforts to understand the process and impact of reforms.

The clearinghouse considers four phases: planning, development, expansion and consolidation. In the first two phases sixteen research teams were established in Africa, Asia and Latin America. Support is provided by staff from the Mexican Health Foundation and the National Institute of Public Health and from international consultants.

This papers presents advances to date, including a preliminary comparison of health system reforms in developing countries.

PRIMARY HEALTH CARE IN THE PORTUGUESE HEALTH SYSTEM: THE CONSTITUTION OF A PERIPHERICAL POSITION UNDER GLOBAL CONDITIONS

Carapinheiro, Graça. Page, Paula ISCTE, University of Lisbon, Portugal

The realization of the Primary Health Care perspective, as it was assumed in 1978 by the great majority of the countries, has been specially problematic in western societies. This situation derived from the fact that the preconized strategy for the implementation of this perspective, based on the principles of citizen participation, intersectorial cooperation and equity, has been "selectively medicalised" by the dominant medical model in western societies. In Portugal the same has occurred, aggravated by specific features of contextual and structural nature associated to the character of a semi-peripheric society, which prevented the promotion of local development and discouraged the emergence and consolidation of new paths of citizenship. This paper looks at the results of a case study conducted on a community health centre, through the use of participant observation and the application of structured interviews to the different participants in the social organization of work. The study shows that the delivery of primary health care is a source of a never ending cycle of medicalisation of social problems. It also shows that health centres (which deliver this kind of health care) present professional configurations, structured on the basis of professional fragility and social exclusion of the professionals as well as of the clients, inhibiting social participation and weakening the creation of citizenship movements.

"RIGHT TO HEALTH: a social construction" VELLOZO, Vitoria ENSP/FIOCRUZ, Brasil

To think the production, distribution and consumption of health services sets the necessity of going beyond the understanding of politics as a merely institutional field, searching for an analysis enlargement using the sociability types and society operation. For this, it is necessary to contemplate the every day practices of the groups and look for the interconnections between the macro and micro levels.

The discussion about the right to health in Brazil sends us to a universe which is still being built up and whose complex dynamics points out the necessity of concentrating the search in micro contexts to, from them, establish the basis for a broader reflection. The right to health, as long as a right to citizenship, is a social construction and, therefore, cannot be discussed without mentioning the different processes which permeate it.

Nevertheless, our main concern is to work the symbolic elements of this process from the analysis of right to health social representation which is based in social-cultural roots consolidated through health services utilization. That is, to work the concept of citizenship⁽²⁾ from the social representation categories, intending to establish the internal relationship in order to realize the impact of the social politics in the quotidian. The privilege given to this analysis category is an attempt to retrieve the subject in its experience and articulate its representations to the institutions and social politics.

This, we will use the life history, which shows the idea of process better than others technics, to suggest new variables, new points which make possible the reconveyance of the analysis about the health services access universalization.

DIFFERENCE IN THE CONTEMPORARY POLITICAL AGENDA VAITSMAN, JENI. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, BRASIL.

THE PAPER DISCUSSES THE LIMITS OF UNIVERSALISTIC CATEGORIES TO ANALYSE SINGULARITIES EXPRESSED BY DIFFERENT SOCIAL CATEGORIES. NEW COLLECTIVE SUBJECTS DEFINED BY CRITERIA OF GENDER, RACE, RELIGION, SEXUAL ORIENTATION, ETHNICAL IDENTITY, ETC. ARE NOW CENTRAL IN THE POLITICAL AGENDA, WHAT TURNED DIFFERENCE INTO A POLITICAL QUESTION. IN THE HISTORICAL TRADITION OF MODERNITY, DIFFERENCES HAS BEEN SOCIALLY ELABORATED AS INEQUALITIES. A CRITICAL PERSPECTIVE ON THIS SOCIAL DEVELOPMENT ASSERTS DIFFERENCES AS PLURALITY, NOT INEQUALITY.

TODAY, THE ENFORCEMENT OF CITIZENSHIP AND THE PATH TO SOCIAL EQUALITY SHOULD PROMOTE THE INCORPORATION OF THE IDEA OF DIFFERENCE IN THE POLITICAL AND INSTITUTIONAL AGENDA. ONE CONSEQUENCE OF THIS ASSERTION IS THAT UNIVERSAL SOCIAL POLICIES SHOULD NOT LEAVE ASIDE PARTICULAR NEEDS OF PEOPLE, GROUNDED ON SPECIFIC CONTEXTS, EXPERIENCES AND IDENTITIES.

RESTRUCTURING HEALTH POLICY: THREE DUTCH LOCALLY BASED EXAMPLES SEEN IN AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE.

Van der Maesen, Laurent, SISWO, Netherlands.

The objective is to elucidate the difference between the (dominant) disease-oriented health policy and the health policy oriented on social relations and conditions of citizens of nation-states. This second policy refers to interventions regarding the social context of citizens, namely their localities in which they live their daily lives. As an example of this second policy I will present three Dutch cases restructuring health policy in localities of Amsterdam, Rotterdam and The Hague (each 80.000 inhabitants). These cases will be compared to examples in Toronto, Liverpool and Antwerp.

I will especially analyse the instruments necessary for this health policy. These are project-organizations which aim at developing interagency coordination and dialogue within the community groups. To present these examples in an international perspective I will also refer to theoretical debates on health policy; to debates concerning the welfare-state, welfare and, most of all, human needs. To elucidate the difference between the policy mentioned above and the disease-oriented national health policies of Western countries I will refer to debates concerning (traditional) public health and (classical) epidemiology. The conclusions concern the results of these debates in the light of the practical consequences of the three Dutch cases.

Towards evidence-based international health policy

Anthony B. Zwi and Gill Walt

Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Many countries in the South are engaged in health sector reform efforts. These are highly influenced by international donors, who tend to propose a specific set of policy changes, often untested or evaluated. The reforms are often wide-ranging and include: modifying methods of priority setting to reflect burden of disease and cost-effectiveness; modifying organisational and management systems by stimulating competition between providers, contracting out publicly funded services, stimulating decentralisation and promoting local accountability; modifying health financing systems through the promotion of community financing schemes and risk-sharing strategies, introducing a purchaser-provider split in health care finance and provision, and promoting user fees; improving the quality of care through restricting public finance to a limited package of care covering the most cost-effective treatments, promoting quality assurance and accreditation systems, making providers more accountable to consumers and purchasers of care; and improving health care utilisation patterns through imposing disincentives for use of inappropriate level of services, consumer education, and promotion of a greater degree of self-care and use of the private sector. While many of these policy proposals may appear reasonable, they may be promoted insensitively, ignoring or overriding local concerns and preferences, current practices and the context within which they are to be implemented. Many of the proposed policies have not been adequately tested to establish their effectiveness, efficiency, equity, affordability and acceptability to policy-makers, providers, users of services and populations. International health policy advice, like clinical medicine, should be challenged to demonstrate, through accumulated evidence, that it is likely to be of net benefit to the populations affected by these reforms. This calls for greater transparency in identifying the specific objectives of particular reforms, agreeing on measures and indicators which can be used by all parties to examine their effectiveness, and the careful construction of trial periods and pilot studies during which evaluation can take place without forcing change on the entire health system.

THE POLITICAL ECONOMY OF THE HEALTH CARE REFORM IN EASTERN EUROPE.

Meei-shia Chen, The University of Chicago, USA

This paper, based on a review of available books, articles and reports, provides a political-economic analysis of the health care reform in Eastern European countries. The past few years have witnessed a sweeping political and economic restructuring from a centrally-planned socialist economy to a free-market economy. This prevailing free-market climate has also extended into the health care field. The newly-established governments in these countries have declared their intentions to reject their old state-planned socialist health care systems and to reform their systems by adding more marketization and privatization, shifting the health care costs from the state to the individual, and introducing health insurance. Some of these plans have been implemented in many of these countries. The major forces behind this reform include the state (reform being in the interest of the state), the health care providers (reform perceived as an opportunity to raise their incomes), the consumers (due to their disillusionment with the old system), and international organizations (which have an ideological affinity for market-based reforms). The health care reform, however, faces many problems: lack of capital to invest in health care industry, lack of profit in commodifying the health care services, and strong public dissatisfaction with the deprivation of the health care rights they had enjoyed over the last four decades.

INTERNATIONAL ORGANIZATIONS AND HEALTH POLICIES

Koivusalo Meri, Ollila Eeva, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland

The major actors in international health policies are changing. The roles of WHO and other United Nations organizations are evolving. International financing institutions have gained more importance in the definition of health policies and also the relative importance of nongovernmental organizations has grown increasing the number of the actors in the scene of international health policies.

The study is a critical review and analysis on the policies, role and mandate of WHO, UNICEF, World Bank and nongovernmental organizations in health policies from the viewpoint of equity and health and access to health care as social rights. The policies, roles and mandates of the organizations are also evaluated in relation to the global health related concerns.

The study points out emerging concerns and constraints of the respective actors in the health policies when evaluated from the "money for values" point of view in contrast to the "value for money" approach often used by donor agencies and suggests that more emphasis should be given to the forums international health policies are dealt with as well as to the long-term impacts of the policies practiced.

SALUD Y DESARROLLO EN AMERICA LATINA FRENTE A LA MUNDIALIZACION

Llambias-Wolff, Jaime, York University, Canada

El objetivo de esta ponencia es analizar las consecuencias del rol hegemónico de la mundialización de la economía de mercado y de la capacidad integradora de las culturas post-industriales de Occidente, sobre la salud en los países de América Latina. Se discuten los límites del mercado en torno a la accesibilidad de servicios de salud, la incapacidad fiscal del sector público, las transiciones demográficas y epidemiológicas y la crisis contemporánea de la medicina. Los debates actuales sobre el desarrollo y la modernidad, nos permiten una reconceptualización de la salud, que sobrepase sus componentes económicos y políticos, incluyendo además sus dimensiones culturales, filosóficas, éticas y valóricas.

La salud aparece así cada vez más como reflejo de una "sociedad ideal" y catapultan el debate sobre las políticas sociales en toda estrategia de desarrollo. En conclusión, esta ponencia analiza los desafíos futuros de las políticas sociales, destacando su menor grado de permeabilidad a la confrontación político-ideológica, interrogándose sobre los límites de las propuestas de ingeniería social y de racionalización económica y enfatizando su valorización como componente de la modernidad y del desarrollo.

AS REFORMAS SANITARIAS DE LOS AÑOS 80. CRISIS O TRANSICIÓN?

Almeida, Celia. Escuela Nacional de Salud Pública FIOCRUZ, Brasil

Esta investigación analiza, en una perspectiva comparada, la repercusión del proceso de crisis del *welfare state* en la formulación y la implementación de las reformas sanitarias en los 80, en los países centrales, identificando los marcos teóricos e ideológicos que orientaran las estrategias de cambio en el campo de la salud; los procesos por los cuales se transformarían en políticas y los resultados visibles hasta el momento. Las reformas sanitarias son analizadas como parte de la respuesta liberal-conservadora (o neoliberal) a la crisis económica de los años 73-75 y como desdoblamiento de un modelo formulado en los EUA al final de los años 70 - el *managed competition* o "competición administrada" - que en la década de los 80, tuvo varias relecturas y aplicaciones en el contexto europeo. Son investigados seis países. Cuatro paradigmáticos - EUA, Reino Unido, Alemania Occidental e Suecia - y dos analizados como "reformas tardías" - Italia e España. La evaluación comparativa de esas políticas de reforma constata que las opciones nacionales variaron mucho y que existe una gran distancia entre el discurso ideológico y las políticas implementadas, además de una clara tensión entre los controles político y financiero y la operacionalización de los mecanismos de competición en los sistemas de salud. Lo que en todos los casos se demostró hasta el momento, es una actuación estatal más reguladora y centralizada, con preservación de los mecanismos de financiamiento originales y con mayor control sobre el funcionamiento de los sistemas de salud, en relación a costos/gastos pero no sobre la calidad/necesidad.

Health Professionals: Human Resource Development in South Africa Post-Apartheid

Hendricks, S.J.H., Gumbi, R.V. Department of National Health, South Africa.

The development of human resources in South Africa is one of the key cornerstones to facilitate the introduction of a national health care delivery system. The Reconstruction and Development Programme of South Africa is a people driven process with the objective of achieving equity in access to health care and social justice in the provision of services. The population of 43 million are currently served by 280,000 professional health care providers. The major problem experienced in South Africa is the maldistribution of health professionals. Rural health care services are severely understaffed. Several programmes are considered jointly by the Department of Health and the Training Institutions to redress the imbalance in personnel location. Both financial and non financial schemes are considered. However the most important factor is the empowerment of communities to be part of an integrated strategy in a participatory approach to work towards solutions to this problem. Several community based, participatory and problem oriented approaches are considered. There is tremendous promise and potential for the new national health care system of South Africa to ensure that the health status of the nation is improved through quality health care and access to appropriate, comprehensive well managed health services.

LACK OF MONEY FOR HEALTH: WHERE ARE THE OTHER FUNDERS?

Katsumbe, Tonderai, Cimas Medical Aid Society, Zimbabwe

There is health policy crisis in most post-colonial African states. Independence was attained with promises of providing free services by the State. Resource constraints seem not to have featured in the nationalists' view of service provision. The central question now being examined is what can be done in order to salvage the health crisis. Zimbabwe provides an interesting case study of a post colonial state where the hard reality of resource scarcity has forced the government to reshape private sector role in health financing and provision. The state has reluctantly embraced IMF/World Bank inspired initiatives of severe cuts in social service budgets and introduction of user charges.

The lack of rigorous analysis of health policy implementation has resulted in a distorted environment which threatens to undermine the post-independence notable health achievements. This paper is based on community Focus Group Discussions and unstructured interviews with health workers in an urban area and two rural districts. Health workers described their burnout amid expectations of implementing a health policy in a context of no resources and declining real wages. While participation seems an integral component of policy, in reality the policy formulation, evaluation and health financing process is paternalistic. This study recommends the need for greater involvement of all sectors in the financing and delivery of medical care.

LA DEMARCHE DU CONSEIL DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE, OU LE DESIR D'OSER S'ATTACHER AUX DETERMINANTS DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE

RODRIGUE, Norbert, président du CSBE, Québec, Canada

Le Gouvernement du Québec s'est doté d'une Politique de la santé et du bien-être (1992), dans laquelle plusieurs énoncés concernent les déterminants de la santé et du bien-être. Depuis le début de ses travaux, le Conseil de la santé et du bien-être s'est attaqué à certains de ces déterminants: politique monétaire, stratégie de réduction de la dette publique, harmonisation des politiques sociales en regard du retour sur le marché du travail des prestataires de la sécurité du revenu. A l'égard du système de services de santé et de services sociaux, il a commencé à s'intéresser à des questions qui débordent l'organisation des services et qui touchent l'impact du système sur la santé et le bien-être de la population: questions éthiques, rapport public-privé, etc. Une leçon doit être tirée de ces efforts: le fait de s'attaquer concrètement à de tels déterminants surprend les acteurs concernés: une réflexion sur cette "surprise" permet de saisir la difficulté de s'adresser concrètement aux déterminants de la santé et du bien-être, alors que le discours officiel légitime clairement sa pertinence. En conséquence, le projet du CSBE de tenir en 1997 un Forum sur le développement social devra tenir compte de la difficulté de mobilisation des acteurs concernés pour parvenir à des engagements concrets de leur part.

INFORMATION MEDICALE ET REGULATION ECONOMIQUE DE LA MEDECINE DE VILLE

Develay Aude, De Pourville Gérard, Groupe Image-Ecole Nationale de la Santé Publique, France

Depuis plusieurs années, l'idée s'est développée dans la plupart des pays industrialisés qu'une régulation efficiente de l'offre de soins n'était plus possible sans connaître le contenu exacte de l'activité médicale. Dans une situation de relation asymétrique, telle que les économistes la décrivent, entre la profession médicale et le payeur (Etat et/ou Assureur), la production d'une information médicalisée apparaît comme la solution au dérapage permanent des dépenses de santé. Admettre ce principe pose le problème des modalités de recueil de l'information médicale: le type d'information, la forme et le rythme du recueil, les modalités de production et de contrôles des données. Au delà de cette question pratique, on peut se demander comment cette information est utilisée, pour quel type de contrôle des pratiques médicales et si par ailleurs il existe d'autres modes de régulation des pratiques professionnelles. Pour répondre à ces questions, une analyse comparative a été effectuée sur les dispositifs de contrôle des pratiques médicales dans le secteur ambulatoire dans trois pays, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Etats-Unis. L'étude montre que la question du contrôle des pratiques médicales est apparue d'une manière très différente dans ces trois pays et que la façon d'y répondre dépend de l'organisation générale du système de santé et notamment des mécanismes de régulation microéconomique de la profession médicale (en autres des modes de rémunération des médecins).

LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA VILLE DE MONTRÉAL: 1865-1975. RUPTURE OU CONTINUITÉ?

Gaumer, Benoît, secteur de la santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Des années 1860 à la décennie 1970, la ville de Montréal disposait d'un instrument important pour accomplir sa mission de protection, prévention et promotion de la santé: son service de santé municipal. Durant le dernier quart du XIX^e siècle, fortement influencé par le «Sanitary Movement», ce service se préoccupe essentiellement d'environnement. Entre 1918 et 1941, les missions d'assistance et de santé publique sont fondées traduisant déjà une préoccupation de bien-être social. En réalité, la division de l'assistance municipale, après une extension considérable durant la crise économique des années 1930 se détache pour constituer en 1941 le service du bien-être social dont les attributions n'ont plus rien à voir avec celles de l'hygiène publique. Cette dissociation se maintiendra jusqu'à la réforme des années 1970 où les deux services seront à nouveau réunis pour former le service municipal des affaires sociales. Cette nouvelle fusion sera cependant éphémère, la ville abandonnant sa mission sociale et sanitaire au profit des nouvelles structures régionales mises en place par le gouvernement provincial: CRSSS, CSS, DSC et CUM. A partir principalement des archives de la ville de Montréal, les facteurs sociopolitiques mais aussi techniques ayant contribué à l'émergence, au développement et finalement au démantèlement d'une politique municipale de santé publique sont analysés. Au travers des réalisations et des crises qui jalonnent cette longue période, des éléments de continuité et de rupture sont recherchés qui permettraient d'éclairer les enjeux actuels du redéploiement de la santé publique sur une base régionale.

Salud y Patología en el Espacio Público, desde la Psicología Política

Benbenaste, Narciso.

Fariña, Jorge. Univ. Nac. de Buenos Aires

La calidad de las mediaciones y la forma en que son significados los fenómenos en el espacio público, es un indicador privilegiado del grado de civilización. Esto es del estado de salud de la sociedad. Indicadores socioeconómicos como el Ingreso Per Capita o más decididamente sociales como el de la Satisfacción de las Necesidades Básicas, marcan el estado más elemental de salud o civilización social. Pero estos indicadores aluden a un Sujeto de la Necesidad, no a la situación psicosocial. La misma noción de Calidad de Vida aparecida en la década del '60' habla del perfil de consumo de un individuo para ser estimado sujeto contemporáneo. Sin embargo, el grado de salud o patología alcanzado por una sociedad no solamente concierne a las necesidades básicas o al nivel de consumo, sino al tipo de vínculos y significaciones vigentes en el espacio público.

Desarrollamos la noción de "Autoritarismo Democrático", para dar cuenta de un tipo de autoritarismo estructural, resultado de la determinación alcanzada por el Mercado sobre el espacio público. En base a esa noción estudiamos el perfil del Sujeto Público. En tal sentido comenzamos con una encuesta cualitativa entre estudiantes universitarios.

VILLE EN SANTÉ AU BRÉSIL : L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEL AGENDA MUNICIPAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Ferraz, Sonia. Université de Brasilia, Brésil.

La stratégie de Ville en Santé, lancée en 1986 par Duhl et Hancock, commence à émerger au Brésil. Les énormes écarts existant entre les villes de Nord qui ont d'abord adopté ce concept et les villes brésiliennes, ne semblent pas être un obstacle à l'adoption de cette nouvelle stratégie de promotion de la santé. Or, le processus d'urbanisation brésilienne chaotique et massive, suivie de la pauvreté et de l'absence d'infrastructures urbaines, est une réalité incontournable. La décentralisation du système de santé en cours au Brésil depuis 1989 est centrée jusqu'à maintenant sur la réorganisation du système de soins dans les trois niveaux (fédéral, provincial et municipal) du SUS (Système Unifié de Santé). Depuis 1990, les initiatives de «ville en santé» sont apparues sur la scène de la santé. D'abord, c'était la ville de São Paulo qui a développé un projet de coopération avec la ville de Toronto; cela n'a pas eu de suivi à cause du changement de l'administration locale. Par la suite, d'autres villes ont commencé à s'intéresser au dossier de ville en santé, celles de Santos et Jundiaí. Il y a des villes qui sont considérées villes en santé, à cause de l'administration municipale: Curitiba et Fortaleza. La ville de Campinas développe à présent un projet parrainé par le bureau de l'OPS/OMS à Brasilia. Ce travail analyse les initiatives récentes de ville en santé à la lumière des facteurs d'adoption de villes en santé au Brésil (Ferraz, 1993). La conclusion n'est pas définitive à cause des multiples et complexes variables de la dynamique sociosanitaire et politique du pays.

RESEARCH FOR HEALTHY CITIES: GLOBAL RESEARCH AGENDA AND POLICY PROCESS INQUIRIES

De Leeuw, Evelyn & Marleen Goumans. World Health Organization Collaborating Centre for Research on Healthy Cities (WHO CC RHC), Maastricht, The Netherlands

In 1986 WHO/EURO started a demonstration project to provide evidence of the efficacy of its *Health Promotion Programme*: the Healthy Cities Project was born. Initially conceptualized as a small-scale project, the idea boomed into a global movement with over 1000 cities endorsing the Project's objectives: *to put health high on social and political agendas*.

A first conference on Research on Healthy Cities was organized in 1989 (The Hague, Netherlands). The WHO CC RHC, designated as such in 1993, has organized annual research seminars since. The core document for these sessions, the *Research Agenda*, will be presented. The Agenda addresses quintessential research foci and contradictions in the realm, such as community participation in programme development and evaluation, academic integrity and community needs, 4th Generation Evaluation issues, 'publishability', etc.

The remit of the WHO CC RHC is facilitation of research in, for, with, and on Healthy Cities. In its own research programme four themes are important:

- Community action in health policy development
- The transformation of data into policy decisions
- Action research in effective intersectoral action
- Determinants of urban policy innovation

A project from each theme will be presented in summary, including theoretical framework, methodologies, findings, and contribution to the Healthy Cities movement.

CONSTRUIRE EN RESEAU DES ACTIONS DE SANTE DANS LES QUARTIERS EN DEVELOPPEMENT SOCIAL

PISSARRO Bernard, BOURGET-DAITCH (MR.), TALLEYRAND (D.)

Faculté St Antoine, MDSL-Formation - France

Une action-formation-recherche portant sur la mise en réseau d'habitants de quartiers en difficulté de plusieurs villes avait pour objectifs d'accompagner ces habitants pour qu'ils s'approprient des projets de santé qu'ils auraient eux-mêmes élaborés. Cette expérience a permis que s'accélérent des processus de développement déjà engagés ou en train de s'engager. Les conséquences sur la santé sont de deux ordres : d'une part, les personnes impliquées dans le réseau semblent «augmenter leur contrôle» sur leurs conditions de vie, et sur les déterminants de leur bien-être ; d'autre part, des actions de santé ont été réalisées ou le seront prochainement. Qu'il s'agisse de mieux gérer les rapports avec le monde médical ou d'améliorer la vie, les habitants se sont saisis du réseau pour augmenter leur bien-être et accéder à une conception positive de la santé. Ils ont ainsi pu retrouver et affirmer leur citoyenneté active. La mise en réseau a aussi eu des conséquences sur les professionnels du terrain, qui ont été amenés à modifier leurs pratiques vers une approche plus communautaire de la santé. Ce début d'appropriation par les acteurs locaux laisse ainsi espérer qu'une certaine continuité puisse s'installer. Il est à noter que cette expérience était dans la première phase d'impulsion d'un processus de développement qui met plusieurs années à se confirmer, d'autant plus qu'il va à contre-courant des pratiques habituelles. Une extension du réseau initial est en cours avec d'autres sites. Des outils d'accompagnement de ce type de démarche ont pu être affinés et validés.

INDICATOR OF ASSESSMENT OF HEALTH CARE SYSTEMS AND POLICY FOR INTERNATIONAL CONSULTANCY

Krleza-Jeric Karmela¹, Rivière M.¹, Perkins F.L.²,
Rodrigues D.P.N.³, Iliev D.⁴

1 Benefit Canada, Montreal, Canada 2 Healthy City Office, Toronto, Canada 3 Ministry of Health, Portugal 4 Centre for Management of Healthcare and Financial Technologies, Sofia, Bulgaria

Central and Eastern European countries have become a multi-national laboratory in development of health care systems. These countries are carrying out health care reform as a part of overall reform. In this process they have access to international resources both financial and professional. Since the principles upon which these systems were developed differ from those of the health care systems from which comes most international consultants these consultants experience difficulties understanding them. Therefore more than ever before we see the need to develop methodologies which enable better understanding of different systems, compare them and make better use of international expertise. The self-managed public hospitals in Great Britain and Premiers councils of health in Canada, are compared with the self-management community of interest in Croatia. The integrated hospitals in Bulgaria are compared with the tendency of integration of CLSC (health centres) and hospitals in Quebec, and with integration of hospitals and health centres in Portugal. We are proposing some principles for development of indicators of comparison. Such indicators may include the motivation/goals which led to certain processes, their implementation, function, and outcomes, including the reasons for some discontinuations. These indicators are needed to develop guidelines which will facilitate international consultants in advising various countries on health care reform and ensure that the consultants do more good than harm.

CITOYENNETE ET PARTICIPATION SOCIALE DANS LE SYSTÈME UNIQUE DE SANTE (SUS) AU BRÉSIL.

De OLIVEIRA, Renato - Université Fédérale de Rio Grande do Sul, Brésil.

La Réforme Sanitaire qui a donné lieu à l'actuel Système Unique de Santé au Brésil coïncida avec la transition politique de la dictature militaire à un régime civil avec les présupposés d'une démocratie représentative. Plus qu'une coïncidence, ce fut une articulation des deux processus activement recherchée par les militants de la Réforme. Celle-ci fut conçue en tant que l'un des moteurs de la démocratisation, ce qui a été renforcé par le rôle des revendications en matière de santé dans la constitution des mouvements populaires de la société brésilienne depuis la fin des années 70. Du point de vue doctrinaire, l'articulation prétendue s'est basée sur les concepts de citoyenneté, participation sociale et démocratie. La santé est désormais conçue comme l'un des droits sociaux des citoyens; la citoyenneté sera une conquête de la participation sociale des individus, y compris pour revendiquer des politiques de santé; citoyenneté et santé trouveront leur réalisation dans la démocratie qui en résulte. Ce travail discute, à partir des principaux documents à l'origine de la Réforme Sanitaire, les conséquences d'un concept restrictif de citoyenneté, trop fondé sur la notion des droits sociaux. Ce réductionnisme mène à une vision d'assistance publique en matière de santé, aux dépens de la notion de l'autonomie des citoyens en tant que sujets politiques. Cette vision d'assistance publique se heurte à un Etat aux bases patrimoniales, fondé sur des privilèges de classe, avec la frustration des attentes initiales de changement qualitatif des conditions de santé de la population. Sont discutées les difficultés actuelles de consolidation du SUS d'après cette perspective d'analyse

SHARING POWER, SHAPING DECISIONS BOARD COMPOSITION IN QUEBEC PUBLIC HOSPITALS

FOREST, Pierre-Gerlier ; GAGNON, Diane ; U. Laval ; CANADA

It is widely held that organizational strategy can be impaired by participation of outsiders or non-executive trustees. Good strategy requires that differences be left aside and emphasis placed on common assumptions and purposes, something that can hardly be expected from people seeking partial or exclusive interests. Our aim is nonetheless to show that setting strategy in health organizations is fully compatible with representation of specific interests or groups on boards of directors. We explored this issue with data pertaining to board membership and performance in a teaching hospital of the Quebec City area, using concepts and tools borrowed from organizational demography. The study covers a period of thirty years (1960-1990) and contains information at the individual level and at the organizational level. The research has led to questions about the sources of experiences and assumptions which give way to common attitudes, standards and patterns of behavior in members of hospital boards. We found that socio-demographic attributes are more important than political affiliation or personal experience when time comes to explain the role definition and overall contribution of a trustee to the decision-making process.

LAS POLITICAS DE DESCENTRALIZACION EN SALUD Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS NIVELES LOCALES EN SALUD: "LAS EXPERIENCIAS DEL PROYECTO SALUD, MEDIO AMBIENTE Y LUCHA CONTRA LA POBREZA -SMALP-.

Uribe, Javier. OPS/OMS

La "Declaración de Roma", identificó tres factores fundamentales que afectan las condiciones de salud en los países en vías de desarrollo de la Región de las Américas: la pobreza, el deterioro del medio ambiente y la alteración de la paz; y con ese fin se propuso la ejecución de un proyecto que interviniera dichos factores, denominado SMALP.

El proyecto buscó mediante el fortalecimiento de los SILOS, llegar a los grupos de población más necesitados, no de manera aislada, sino a través de la concertación de recursos (humanos, financieros y tecnológicos) de fuentes privadas, públicas y ONG's, generando procesos de gerencia participativa entre las instituciones, SMALP y la comunidad. Su ejecución se realizó en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana.

Se presenta para discusión la forma como este proyecto de desarrollo social, centrado en políticas sectoriales de salud, genera importantes dinámicas de fortalecimiento del desarrollo local.

Los proyectos lograron ampliar y optimizar la participación de la comunidad en los diagnósticos de situación, la toma de decisiones, la ejecución de obras y la evaluación de procesos.

PROMOTING HEALTH AND REGULATING BODIES: THE 'USERS EMPOWERMENT' TREND IN HEALTH POLICY

Gastaldo, Denise. Université de Montréal, Canada.

This study focuses on the implementation of health policies which promote users participation in health promotion activities. The data was collected using: (a) the observation of meetings and focus groups carried out in the Brazilian national health system; (b) interviews with health professionals and patients. A Foucauldian perspective was adopted to analyze the findings. The main findings of this study were: (i) patients who are involved with participatory approaches develop a strong and frequent contact with the health centre to which they belong; (ii) most of these patients have difficulty to criticize the health centre work because they develop an emotional link with health professionals and also because they are participating in some of the decisions made; (iii) issues related to the patients daily life become part of the agenda of health professionals. In this context, 'health' covers almost every aspect of life (e.g., from sexuality to urban violence) and a new way to normalize and discipline bodies - in a participatory way - is established.

EMBODIED KNOWLEDGE AND ENVIRONMENTAL HEALTH RISKS: RECONCEPTUALISING COMMUNITY PARTICIPATION IN PUBLIC HEALTH POLICY

Cameron, Prue. University of Tasmania, Australia

Contemporary policy responses to environmental risk increasingly endorse the need for community participation in decision-making around these issues. It is suggested that this process requires a greater understanding of the social construction of environmental risk which legitimises the knowledges and experiences of community members. Environmental health risks are most commonly framed within the discourses of science and epidemiology. These scientific knowledges construct particular and powerful meanings around the risks associated with environmental issues. The 'objective and value-free' context of mechanisms, such as laboratory tests, defining safety levels and population based statistical data, locates the meanings of risk within a depersonalised and fundamentally disembodied framework. It is argued that this marginalises and disempowers the meanings, values and everyday practices through which people negotiate risk in their lives. This paper discusses work in progress which examines the ways people construct meanings about the environmental health risks to which they are exposed. Using the case of atrazine in Tasmania, Australia, the paper draws on data from in-depth interviews with key individuals concerned about the contamination of drinking water by this pesticide. A central theme in this analysis is the concept of the embodiment of risk, highlighting the place of embodied knowledge in the construction of meanings. This paper develops the argument that the body at risk is a key site of contestation in environmental health debates. This reconceptualisation increases the space for community engagement and action in public policy outcomes.

DESCENTRALIZACION Y TRANSFORMACION POLITICA DENTRO DEL SECTOR SALUD. OSORIO GRANADO, ANA ELISA, CIUDAD GUAYANA VENEZUELA.

Osorio, G., Ana Elisa, Venezuela

La descentralización político territorial se inicia en Venezuela en 1989 con la elección directa de Alcaldes y Gobernadores; con ello se abrieron las posibilidades de la transferencia de competencias en materia de salud a las gobernaciones y la construcción de propuestas de nuevos modelos de gestión incorporando las variables de equidad, solidaridad y profundización de la Democracia. En esta perspectiva se recoge la experiencia de la Gobernación del Estado Bolívar, desde donde se planteó la necesidad de abrir la reflexión sobre los paradigmas hegemónicos en la conformación de los equipos de salud, como una manera de avanzar hacia un proceso de desmedicalización al interior de la institución regional de salud. En esta propuesta, la participación ciudadana pasa por un proceso de democratización del conocimiento en salud que posibilita la realización de proyectos para la promoción de la vida y la salud, abriendo espacios no tradicionales para el desarrollo de la salud colectiva. Este nuevo modelo de gestión avanza en una propuesta de CORRESPONSABILIDAD Estado-Sociedad Civil en la consecución del Derecho a la Salud y confronta la liberación del Estado en sus responsabilidades con la Salud Colectiva.

REDES COMUNITARIAS PARA PROMOCION Y ACCION EN SALUD: UN APOORTE CONCEPTUAL.

Luisa López, ALAMES-VENEZUELA.

La crisis de legitimidad y la crisis de eficacia del Estado en los países del continente americano, se ha expresado en las instituciones oficiales y en los diferentes espacios de la sociedad civil. En Venezuela, esta crisis presenta una manifestación concreta tanto en las instituciones de salud como en las condiciones y calidad de salud y vida de la población lo que ha permitido un acercamiento entre la Sociedad Civil y el Estado, a través del desarrollo de estrategias que le den viabilidad a los procesos de reforma del Estado en materia de salud, en el marco de la descentralización. La participación social emerge como "una cuestión de poder", y la municipalización en salud como posibilidad de concretarla por medio de la promoción de la salud como eje central de las políticas sociales gubernamentales. En este escenario la Alcaldía de Caracas ha diseñado el proyecto **Redes Comunitarias para la Promoción y Acción en Salud** el cual se desarrolla en la parroquias más pobladas del Municipio Libertador, con la finalidad de crear, ampliar y fortalecer espacios comunitarios como centros integrados e integradores para la promoción del derecho a la salud y la vida, a través de: la animación y fortalecimiento de la participación y organización social en salud; la coordinación intersectorial e interinstitucional. Estas Redes constituyen espacios de encuentro entre población y Estado a nivel local, donde se pretende generar transformaciones en la práctica y concepción en salud. Es así como se trata de articular recursos y acciones en las redes y servicios ubicados en los espacios cotidianos de la gente. De esta manera se apoya e incentiva modelos de gestión local facilitando la intervención definitiva de la población en el proceso de toma de decisiones que afectan su situación de salud.

CARAVANA POR LA VIDA: COMUNICACION Y PROMOCION EN SALUD EN UNA COMUNIDAD URBANA.

Carreño, Rafael y Castillo, Luisa. ALAMES, Caracas-Venezuela.

Las instituciones oficiales de salud suelen ser *emisoras* formales en una comunicación vertical donde la población es *receptora*. Al definir la multicausalidad de los problemas sanitarios, la cultura se vislumbra como variable interviniente. **Caravana por la Vida** surge en 1993 como un espacio alternativo de comunicación informal en salud para combatir los determinantes sociales y alcanzar la equidad. Por iniciativa de la Dirección de Salud de la Alcaldía de Caracas se tomó el ejemplo de Ecuador adaptándose a las condiciones de la ciudad, con personal y recursos artísticos profesionales. Progresivamente 4 barrios se adueñaron de este medio de debate, limitando la parte institucional al asesoramiento en salud y a un mínimo soporte logístico. El trabajo se apoya en grupos vecinales integrados por individuos de cualquier edad. Sencillos mensajes denuncian, concientizan y plantean soluciones viables, priorizando la prevención en salud. Varios géneros expresivos (música, teatro de calle, etc) abordan en lenguaje coloquial y optimista aspectos de salud y vida que la comunidad decide mejorar. El proyecto trasciende lo escénico al integrarse los artistas populares a labores como "promotores de salud" (campañas de vacunación, vigilancia sanitaria, violencia). El uso de estas estrategias de comunicación en salud durante 1993-95 logró fortalecer a la comunidad mientras mejoraban su calidad integral de vida. En un canal asesorado, la población urbana interactúa asumiendo el rol de *emisor* y *receptor* buscando a largo plazo su propio beneficio.

SALUD: INSERCIÓN, COMPENSACIÓN O EXCLUSIÓN SOCIAL ?

Escorel, Sarah ENSP/Fund. Oswaldo Cruz, Brasil.

El análisis de la exclusión social en Brasil, tema inserido en el campo de estudio de la pobreza y de las desigualdades sociales, busca caracterizar sociológicamente la existencia de grupos humanos socialmente superfluos y desnecesarios que experimentan trayectorias de vida en las cuales ocurren sucesivas y múltiples desvinculaciones hasta rupturas de los lazos sociales, conformando una existencia que está excluida de la experiencia pública y de la participación en las diversas dimensiones: económica, sócio-familiar, política, cultural e, incluso, humana. Este abordaje inserta la exclusión social como una de las más graves consecuencias para los países periféricos del proceso de globalización, así como uno de los más grandes obstáculos para la consolidación de la democracia. El análisis del proceso de inclusión/exclusión social puede ser elaborado considerando la salud como un campo que atraviesa todas las dimensiones señaladas; se confiere énfasis especial a las dimensiones política y cultural que conforman un patrón de ciudadanía fragmentada que encuentra correspondencia en el modelo de protección social, ahí incluyendo la salud. El trabajo incluye un análisis de este proceso de inserción/exclusión en el campo de la salud en Brasil, en los últimos veinte años, 1976 - 1996, a través de dos enfoques: el de las políticas de salud efectivamente establecidas y el de la propuesta de transformación (Reforma Sanitaria). Finalmente, considerando que la exclusión social se mantiene como un gran desafío para la democracia, o sea, para la sociedad como un todo, el análisis contempla algunos de los principales elementos estratégicos de la problemática de la exclusión social en el campo de la salud.

MACROECONOMIC ADJUSTMENT POLICIES, HEALTH SECTOR REFORM AND ACCESS TO HEALTH CARE: A MULTI-DONOR, MULTI-COUNTRY RESEARCH INITIATIVE

Baris Enis, Duran-Arenas L., International Development Research Centre, Ottawa, Canada; Ministry of Health, Mexico City, Mexico

In most developing countries, the adoption of macroeconomic adjustment policies (MAPs) is reported to have had untoward effects on the social programs such as education and health. In the health sector, they resulted in budgetary cuts and user fees with serious consequences for the sick and the poor. Despite the mounting evidence, however, the extent of the impact of the MAPs on health and health care, their differential effects, if any, across socioeconomic strata, and the mechanisms through which their effects have been filtered down to the household level are far from being documented in any great detail. Furthermore, it is difficult to associate, let alone causally, the observed effects on health care to MAPs given the existence of many other equally plausible events that have occurred concurrently, nor do we know whether or not the same effects would have been observed if there had not been any MAPs. This initiative seeks to develop a theoretical framework and appropriate methodologies for a more rigorous investigation of the impact of MAPs on health care in the developing world. The expected outcomes are: (i) a generic proposal on MAPs and impact on health care; (ii) a consortium of donor agencies for funding; and, (iii) a series of comparative country studies using a standard model and research design. It is hoped that a thorough and more rigorous inquiry into this subject would increase our understanding of the many facets of structural adjustment programs and elucidate their strengths and weaknesses in greater detail so as to avoid sweeping conclusions and generalizations regarding their social impact in general and on health care in particular in the South.

Title: Tobacco: A Global Threat to Sustainable Development.

Authors: Phillips, Anne, The International Development Research Centre (Canada), Hatcher-Roberts, J., The International Development Research Centre (Canada).

For every tonne of tobacco given up by Canadians, 20 tonnes more are now consumed in the countries of the South. Recent data indicate that there are currently 3 million deaths/year due to world wide smoking habits. By the 2020s, 10 million annual deaths can be expected. 70% of these deaths will occur in Africa, Asia and Latin America due to their expanding populations, rising per capita incomes, increasing open market policies and the aggressive marketing techniques of the tobacco industry. Estimates confirm that premature deaths from tobacco will exceed the expected annual total of deaths from AIDS, tuberculosis, and the complications of childbirth combined. Furthermore, the economic costs and benefits of tobacco production and consumption show a strong net loss. The objective of this paper is to increase awareness that tobacco production and consumption is an increasing and alarming threat to sustainable development. It is a global issue which poses an opportunity for truly preventative healthy public policy action and which demands a global and comprehensive policy response. A response must also be cognizant of countries and individuals that depend upon tobacco for their livelihood. This paper provides an overview on countries of the South, which are currently building policy packages. Canada has served as a model in tobacco control to many countries.

GLOBALIZATION AND HEALTH: ENVIRONMENTAL IMPACT ASSESSMENT AS A TOOL FOR HEALTHY PUBLIC POLICY

Banken, Reiner Direction de la santé publique des Laurentides et Université de Montréal, Canada

Globalization of the world's economy is leading to a supremacy of economic considerations over social and health aspects. When confronted with the economic discourse of budgetary constraints, international competition and the globalization of markets, public health advocacy seems unable to influence public policy to a significant degree. The presentation examines the theoretical and operational framework of environmental impact assessment (EIA) as a tool for healthy public policy.

Since its origin in the US in 1969, EIAs have spread to most industrialized and developed countries. Many international agencies like the World Bank are requiring an EIA for any loan for development projects. Since the end of the 1980's, public health is considered an integral part of environmental impact assessment. Recent reforms in different countries have moved the environmental assessment process from a project to policy level (strategic environmental impact assessment). This framework offers an enormous potential as a tool in order to move industrial and development policy towards healthy public policy. The environmental impact assessment process is one of the only policy frameworks which permit a rational discourse on the health and social aspects of public policy while at the same time giving a central role to public participation.

Public health must develop theoretical models which permit to predict apprehended social and health impacts of projects, programs and policies. Both the rational use of these models and the public participation in the EIA process will permit the construction of healthy public policy on an national and international scale.

POLITIQUE DE SANTÉ : PRIORITÉ AU PLUS DYNAMIQUE, OU AU PLUS HANDICAPÉ ?

LARCHER, Pierre, Direction Générale de la Santé, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, France

Pendant des millénaires, les religions ont sacralisé les héros militaires ou civils. Depuis deux mille ans, avec le christianisme, a surgi une nouvelle priorité : non plus le groupe, mais le plus faible du groupe... Les Grecs, eux, portaient à une *démocratie* qui n'a pu se répandre qu'après un minimum de progrès social. De nos jours, la religion prônée par les technocrates de tous pays est l'efficacité. Après l'effondrement de l'utopie marxiste, l'utopie néo-libérale a le vent en poupe, ses hérauts font des émules. Sous l'influence du christianisme, de la démocratie, puis du marxisme, depuis un siècle, dans les pays développés, le sort général a été lié à l'amélioration du sort de la majorité peu favorisée du groupe. Tant que la croissance économique a continué, le progrès social a suivi. La crise économique des années 80 a dévoilé l'alternative néo-libérale, substituant l'économie de marché à l'Etat-Providence, modèle qui se répand à travers le monde pour tenter de retrouver les bénéfices de la croissance. L'envers du décor néo-libéral des politiques de santé dans les exemples latino-américains et anglo-saxons est mis en balance avec celui de l'histoire récente de l'Algérie. En France, il y a déjà plus de 20 ans, une O.N.G., le Mouvement International ATD Quart Monde, avait attiré l'attention sur le fait avéré que les mesures "sociales" s'étendaient toujours vers le haut et jamais vers le bas. 30 ans de développement communautaire dans des milieux défavorisés du monde entier ont montré que pour obtenir des résultats profonds et durables, il fallait de la patience en mesurant les progrès à l'aune de l'avancée des plus exclus. L'expérience enseigne la prudence, car il ne peut y avoir développement des exclus sans consensus positif des exclusants.

INDIVIDUALIZATION AND CITIZENSHIP NEW APPROACHES ON SOCIAL POLICIES

BODSTEIN, REGINA. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, BRASIL.

THE GUIDING TREAD OF THIS PAPER IS TO EVALUATE THE PARADIGM THAT IS STILL PREVALENT IN THE ANALYSIS OF HEALTH POLICIES IN THE ACADEMIC PRODUCTION IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH. IN THIS SENSE, IT STARTS FROM RESUMING THE DEBATE ABOUT THE SO-CALLED CRISIS OF THE WELFARE STATE, POINTS TO A REVIEW IN THE POLARIZATIONS WHICH APPEAR TO MARK THIS DEBATE. IT IS STRESSING THE NEED FOR A REEVALUATION OF DISCUSSIONS ON THIS THEME, CONSIDERING SOCIAL RIGHTS AND THE CENTRALITY OF PUBLIC POLICIES FOR THE ADMINISTRATION OF COMPLEX SOCIETIES. THE PAPER ACCOUNTS FOR BOTH THE ENLARGEMENT OF EXPLANATORY MODELS AND FOR THE DIVERSIFICATION OF INVESTIGATION ISSUES AND OBJECTS. IT IS THEREFORE FUNDAMENTAL TO CONSIDER THE LIMITS OF THE EXPLANATORY POWER OF TOO GENERALIZING THEORETICAL MODELS AND, ON THE OTHER HAND, TO GIVE EMPHASIS TO THE FORMATION AND ACTION OF COLLECTIVE SUBJECTS AND ACTORS, NEGLECTING STRUCTURALIZING APPROACHES. THIS PAPER AIMS AT SHOWING THE IMPORTANCE OF THIS DEBATE AND ITS POSSIBLE AND NECESSARY CONTRIBUTIONS FOR THE ACADEMIC PRODUCTION IN THE FIELD OF SOCIAL AND HEALTH POLICIES. FINALLY, THE PAPER DISCUSSES THE ISSUE OF CITIZENSHIP IN BRASIL, IDENTIFYING DIFFICULTIES IN OUR INDIVIDUALIZATION PROCESS AND REPRESENTATIONS CONCERNING PRINCIPLES OF EQUALITY AND UNIVERSALITY.

HEALTH POLICY BUILDING IN THE NETHERLANDS: APPLICATION AND TEST OF THE MOBILIZATION MODEL OF THE THEORY OF AGENDA-BUILDING

De Leeuw, Evelyn. HEALTH, University of Limburg, Maastricht, The Netherlands

After the establishment of the European WHO Health for All (HFA2000) strategy in 1981, the Netherlands Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs embarked on a course of action which would have to lead to a national health (not limited to care) policy.

In 1986 *Nota 2000* was published, a lengthy discussion document on principles of health policy, including intersectoral action, various intervention modes, and heavily leaning on a health model incorporating and rigorously focusing on determinants of health.

The discussion that was planned should contribute to a national consensus among interest groups on health policy priorities.

In a four-year research project agenda-building phenomena in this domain were explored. Interviews with all institutional interest groups were carried out, using Cobb & Elder's *Theory of Agenda-Building*. The theory distinguishes 3 models (inside & outside initiative, mobilization), 4 types of 'publics' and 5 'issue expansion criteria'.

True health policy in the Netherlands turned out to be hardly feasible, mainly because of internal political consistencies and poor steering of the mobilization process.

The theory was found to be lacking an essential power perspective; inclusion of the power dimension yielded important recommendations for further interest group mobilization toward consensus.

HEALTH CARE REFORM IN THE UNITED STATES: BARRIERS AND PROSPECTS

Gorin, Stephen. Plymouth State College, United States.

In recent years, Canada and many European nations have focused on the limits of medical care and the social determinants of health. In this regard, the U.S. lags far behind. Forty million people currently lack health care coverage, and this figure could increase to sixty-six million by 2002. Current Congressional proposals threaten to decimate the health care safety net and preventive services. Concern that managed care organizations underserve patients has also grown. This paper will examine barriers to health care reform in the U.S. and prospects for the future. Barriers include the political weakness of reformers, opposition from well organized interest groups, and the absence of a national crisis (which has often catalyzed social reform in the U.S.). Despite this, concern over declining coverage is growing, and reform could become a major issue in the 1996 elections.

LOS TERRITORIOS PUBLICO-PRIVADO BAJO LAS PROPUESTAS DE REFORMA EN SALUD.

Tetelboin, Carolina. Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Es evidente el proceso de profundas transformaciones que ocurre actualmente en los países latinoamericanos y a nivel mundial en torno a la organización de los servicios de salud. Más allá de un asunto técnico, las nuevas orientaciones obedecen a los procesos socioeconómicos en curso que han determinado una creciente intervención privada en territorios antes vedados por la presencia del Estado. Pese a la insistencia del discurso reformador o modernizador en torno a la crítica de la gestión pública y a la falta de opciones para la población, los resultados parecen no haber mejorado la situación. Por el contrario, las tendencias apuntan a abaratar, homogeneizar y simplificar las atenciones para aquellos que están sujetos a la acción pública como única vía de atención, y por otro lado, al desarrollo del mercado para los que puedan acceder, desdibujando el objetivo último de la prestación de servicios por la excesiva mercantilización que aumenta los costos e intensifica el uso indiscriminado de recursos y tecnología. Uno de los efectos más evidentes y poco mostrados es que estas reformas en salud no han logrado modificar substancialmente las características de acceso a la atención de la salud, a la vez que la calidad y los beneficios se han vuelto tremendamente diferenciales en cada caso. El objetivo de este trabajo es sistematizar estos efectos a la luz de la experiencia de algunos casos latinoamericanos.

SYMPOSIUMS

SYMPOSIUMS

SIMPOSIUM

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT AND POLICY MAKING: MYTH OR REALITY?

Battista, Renaldo N. McGill University and Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, Canada.

The symposia will be divided in three parts:

- 1) Principles and practice of health technology assessment;
- 2) The Canadian experience in health technology assessment with special emphasis on Québec;
- 3) International perspectives on health technology assessment.

HEALTH: WHAT IS THE WINNING COMBINATION?

Connolly, C., Nadeau, L., Renaud, M., Ritchie, J. National Forum on Health, Université de Montréal, Dalhousie University, Canada.

The National Health Forum is an organization chaired by the Prime Minister of Canada to look into the future of health in Canada. Given that the best predictors of health rest in factors outside of the health care system, it has commissioned several position papers related to the non-medical determinants of health.

The symposium will present a synthesis of the key recommendations of these papers. It will also highlight the success stories described in these papers that illustrate the wide range of actions that are possible to enhance the health of the population. Early childhood intervention, family cohesion, labour force adjustment, entry and exit from the labour market, the organization of work, the civiness of communities, facilitating elderly well being are all possible targets for health enhancing actions.

Not only do we know that health is more than health care, we now begin to understand how to act on the non-medical determinants of health. This is perhaps a major breakthrough in human knowledge.

THE CONTRIBUTION OF PUBLIC HEALTH ASSOCIATIONS TO THE DEVELOPMENT OF HEALTHY PUBLIC POLICY

Chauvin, James¹, Bilir, Nazmi², Chandiwana, Stephen³, Requeña B., Mariano⁴, Sepúlveda S., Jaime⁵, Tkachenko, Galina⁶. ¹Canadian Public Health Association, Canada. ²Public Health Association, Turkey. ³Zimbabwe Public Health Association, Zimbabwe. ⁴Sociedad Chilena de Salud Pública, Chile. ⁵Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social, Chile. ⁶Public Health Association, Russia.

National public health associations make an important contribution in the development of health and social policy and programs. As a professional association, they represent the voice of public health within civil society. Public health associations carry out a wide range of activities, which include conducting studies on important public health and health sector issues, increasing awareness about public health and activities which represent a risk to human health and well-being, and advocacy for good, healthy public policy.

This session will present the contribution of national public health associations in five countries to the discussion around and development of public policy in their respective countries. The Canadian Public Health Association will describe its role in Canada and its efforts to help reinforce the institutional capacities of national public health associations in other countries. The Public Health Association - Turkey will describe that Association's efforts to increase public awareness and promote public policy about tobacco reduction and cessation. The Zimbabwe Public Health Association has been active in HIV / AIDS prevention for several years. It will highlight its activities and role in national HIV / AIDS policy development. The Sociedad Chilena de Salud Pública and the Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social will make a joint presentation about the role of non-governmental associations in Chile in health sector policy and program development. Finally, the Public Health Association - Russia, a recently formed body, will describe its potential role as a forum on public health and healthy public policy.

The presentations will be followed by a discussion period.

ROPNAPA (*Reducing potentially inappropriate prescriptions in the elderly*)

Perreault, R., Tamblyn, R.M., Royal Victoria Hospital, Canada.

ROPNAPA (*Réduction des ordonnances potentiellement non appropriées chez les personnes âgées*) is a prototype of the future office practice. Its advantages rely on technology (personal computer and an expert prescribing software) to provide primary care physicians with expert advice and feedback in their practice setting. The "electronic detailer" will review all current medications for a patient (*retrospective review*), suggest suitable alternatives (*expert advice*), and review all new prescriptions for potential problems (*prospective review*). Information on all prescriptions received by patients will be downloaded on the physician's computer from the provincial prescription claims database. Therefore, the primary care physician will be able to co-ordinate and manage all drugs prescribed to his patients.

The effectiveness of this intervention will be evaluated in a randomized controlled trial of 90 physicians in Montreal and about 24,300 of their patients. Details of the study will be described in the presentation. After twelve months, the provincial health care databases will be used to evaluate the rate of inappropriate prescribing of each control and experimental physicians (for 54 prescription problems as defined by a national expert panel), their patients' hospitalization rates, and the costs of medication dispensed and medical services provided to these patients. Then, these rates will be compared among the two groups of physicians.

A provincial advisory committee, composed of key players in the Quebec health care system, will study the feasibility of spreading the use of the system province wide.

ROPNAPA is supported by grants from the *Fonds de l'autoroute de l'information du Québec*, the *Fonds de la recherche en santé du Québec*, and by *Clinidata Inc.*

THERAPY MIX AND DISEASE-STATE COST/BENEFIT ANALYSIS

Robinson, Robert R. Robinson Associates.

Government agencies, private health care providers and legislators are currently struggling with decisions related to policy changes that help reduce overall growth in health care costs. Unfortunately, many of these decision makers continue to consider policies which restrict provider and patient access to the full range of pharmaceutical products and services. Recent studies indicate that programs which restrict access to pharmaceuticals often cost more than they save and may contribute to therapy shifting which increases overall costs. Apparently, there is no support in the literature to suggest that university applied programs to restrict access to pharmaceuticals reduce overall costs.

Even in the face of evidence that supports open access, many health care and legislative decision makers are convinced that programs such as reference pricing, generic substitution, therapeutic interchange, prior authorization, formularies, reduced allowances and step therapy are prudent methods of reducing overall costs. Consequently, they use these programs to reduce costs in classes of drugs where there is a significant difference in acquisition costs. In many cases, these decisions to restrict access are made without performing a cost benefit analysis that looks at the full costs associated with the restrictive process and/or the potential negative economic impact of patients being shifted to other forms of therapy. The Therapy Mix and Disease-State Cost Benefit Analysis Models allow decision makers to easily conduct what-if analysis to demonstrate the possible savings, "full costs" and potential economic impact of restricting access to pharmaceutical products and services. The models can also be used to demonstrate possible cost/benefit outcomes of expanding access.

UNE STRATÉGIE POUR INTRODUIRE UNE INNOVATION. L'EXPÉRIMENTATION QUÉBÉCOISE DE LA « CARTE SANTÉ »

Fortin, J.P.¹, Joubert, P.¹, Morisset, J.¹, Lavoie, G.¹, Bérubé, J.², ¹CSP de Québec et U. Laval, ²USP de Rimouski, Canada.

Cette présentation décrit la stratégie qui a été préconisée pour développer, implanter et évaluer le Projet « carte santé ». Cette stratégie a misé sur la participation des acteurs locaux et provinciaux, de manière à favoriser l'échange de points de vue sur divers aspects associés à l'expérimentation de la carte santé et à concilier les préoccupations exprimées par les acteurs aux deux niveaux. Le fait d'avoir préconisé une stratégie de ce type a permis de gérer les enjeux multiples soulevés par l'introduction d'une innovation comme le système de la carte santé. En même temps, cette stratégie a permis de gérer le processus d'implantation qui engendrait des modifications au niveau des pratiques professionnelles.

Le système de la carte santé vise à faciliter la circulation et le traitement de l'information et à permettre, ultimement, de prendre des décisions cliniques plus éclairées. Ce faisant, l'usage du système de la carte santé pourrait avoir des retombées sur l'efficacité et l'efficience du système de soins et de services de santé. Des enseignements utiles peuvent être tirés de cette expérience pour mettre en place des conditions facilitant l'introduction d'innovations dans un système de santé.

SYMPOSIUM ON HEALTH SECTOR REFORM IN THE AMERICAS

Teruel, José Romero, Granda, Edmundo, López-Acuña, Daniel, Vieira, Cesar, organized by the Pan American Health Organization, USA

Many countries have developed actions related to health sector reform in the 1990s in response to the challenge of providing efficient, good quality services to meet the longstanding and emerging needs of all their citizens. While the health sector suffers the impact of the adjustments and is often dragged along by global processes of reform, such reforms do not always address health needs adequately and are limited to an attempt to contain public expenditure, including health expenditure. Increasingly, the health sector must address the need to achieve greater equity and efficiency in the use of resources and emphasize care for the most vulnerable groups and the control of priority problems through high impact cost-effective measures. An analysis of the reforms currently under way reveals the diversity of the models and strategies adopted by the countries to achieve universal coverage with good quality services, in conformance with national conditions. Health sector reform is a complex process whose implementation involves not only technical and managerial components, but also political, economic, social and cultural elements; it does not follow a single script and, in order to succeed needs a full consideration of the historical evolution of the national health system, its tradition and perceptions by the nationals. Health sector reform is a task that transcends the limits of the sector itself. At the national and international level, it is necessary to make use of the knowledge and backing of variety of agencies and actors in order to cope with the sheer dimensions of the reform process. The Symposium on Health Reform intends to present and discuss the general characteristics of this process in the Region of the Americas and analyze specific countries' cases.

DISEASE MANAGEMENT AND THE NEW HEALTH CARE PARADIGMS

Montague, Terrence¹, Belenkie, Israel², Tsuyuki, Ross³, Ackman, Margaret⁴. ¹Merck Frosst Canada Inc., ²Foothills Hospital, ³McMaster University, ⁴University of Alberta Hospitals, Canada.

With health care budgets growing, health care professionals have an immediate responsibility to control costs while maintaining the level of care for the patients. This need requires improving health care delivery to optimize the utilization of resources.

The difficulty in measuring "level of care" has most often focused only on containing the individual components of a system. Two optimal care partnership projects (Foothills Hospital, Calgary, Alberta and Victoria Hospital, London, Ontario) have been designed to achieve optimal drug therapy which will ensure optimal care of patients with cardiac disease and the most effective investment of resources, and it may well reduce total health care costs as well. They focus on the global management of patients with coronary artery disease and congestive heart failure including management of risk factors such as hypertension, hyper-cholesterolemia, left ventricular dysfunction and myocardial infarction. The desired outcome is to demonstrate that strategies which increase utilization of proven therapies have a positive impact on clinical variables and costs related to cardiac illness.

Practice guidelines are increasingly used by government agencies and healthcare delivery systems to standardize treatment practice. Caring for individuals, however, requires patient-specific data not only about comorbid conditions, symptoms, concurrent medications, and laboratory findings, but also about prior experiences with health care providers, life-style modification, and readiness to adopt new habits and change behavior patterns. The Clinical Quality Improvement Network experience on risk reduction will be described.

INTEGRATION OF INSTITUTIONS IN HEALTH CARE SERVICE; EXPERIENCES IN - METHODS TO COMPARE THE INTEGRATION OF INSTITUTIONS IN HEALTH CARE SERVICE.

Krleza-Jeric, Karmela¹, Anguelov, Zlatko², Koné, Ahmed³, Rodrigues, Delfim⁴, Aucoin, Léonard⁵. ¹Benefit Canada, ²McGill University, ³Université de Montréal, Canada. ⁴Hôpital Guimerenz, Portugal. ⁵CGO Montréal, Canada.

Globalisation of health care management tendencies lead to the needs to develop methods to perform trans-country comparisons. The new trends in health care organization in many countries include struggle for higher quality of care and at the same time cost containment. Cost containment per se indicates needs to cut services offered. To achieve a reasonably well balanced health care in very different systems, a trend to integrate primary health care facilities with hospitals has been observed. Integration has been tried in some systems and positive and negative experiences have been accumulated. Some integration has been discontinued, however traces remain in the system.

Several past experiences of integration of health care institutions in European countries (Croatia/Yugoslavia, Bulgaria and Portugal) and currently on-going ones (trends in Quebec) will be presented. The workshop will aim at comparing reasons to integrate, experience with implementation of integration, and reasons to give up in these different health care systems.

The primary purpose of this workshop is to show participants how to approach the analysis of the experiences in one system while planning and introducing the changes in another one. The strategies to assess the characteristics of an activity or planned form in various health care systems will be described. This workshop will provide the cross-countries insight to the declared reasons for integration and discontinuation as well as indices to evaluate its implementation.

The approach to evaluate the integration process in one country by comparison with the experience of integration in another country will be presented.

DROIT À LA SANTÉ POLITIQUES PUBLIQUES et PRATIQUES D'ÉTABLISSEMENT

Quaknine, Léon. CLSC René-Cassin, Canada.

La loi sur les services de santé et services sociaux définit, dans son article 5, le *droit à la santé* de la façon suivante:

"Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée."

Ce droit n'est pas un simple vœu pieux, puisque l'Assemblée nationale y investit une proportion significative du budget de l'État, et en termes absolus, plus de 13 \$ milliards annuellement. Cependant, ce remarquable engagement occulte une dynamique qui, en cette fin de siècle, prend l'allure d'un tremblement de terre quant à la signification légale et concrète de ce "droit".

Initiées au début des années 80, les restrictions budgétaires deviennent maintenant de véritables coupes, et forcent le réseau, c'est-à-dire les établissements et les professionnels, à restreindre l'accès, la quantité et la diversité des services requis par la population en vertu de l'article 5, garant de leur "droit".

L'usage de ce droit ne relève pas simplement de l'ordre des moyens; il touche plus profondément à la conception que les usagers et les électeurs s'en font depuis son instauration en 1971.

Or, le clivage grandissant entre ce droit et la disponibilité des ressources nécessaires à sa pleine actualisation est tel, qu'il n'y a plus beaucoup de politiciens et de penseurs de la santé qui croient encore possible un atterrissage en douceur.

Face à ces constats, certaines questions ne peuvent plus être éludées. Le caractère sacré et inaliénable du droit à la santé est-il le prix à payer par le Canada pour définir son identité face au géant américain; l'ajustement des politiques publiques n'est-il possible que dans un état de crise requérant un changement brutal des mentalités et des pratiques? Les pratiques d'établissement mises au jour avec les forceps financiers des gouvernements sont-elles la meilleure approche pour accoucher du nouveau paradigme?

PRATIQUES COMMUNAUTAIRES, AUTONOMIE ET PREVENTION

Martin, Jean-Claude, Lowenger, Elizabeth, CLSC René-Cassin, Canada

Le virage ambulatoire au Québec est une des manifestations d'une orientation plus large qui amène les individus et les communautés à développer de nouvelles manières de faire pour assurer l'autonomie des personnes âgées. On parle de plus en plus d'approche programmée, de réseau intégré, de continuum de soins, dans une démarche de partenariat, de promotion de la santé et d'empowerment. Différentes stratégies ont été utilisées pour développer l'empowerment individuel, organisationnel et communautaire. Après avoir exploré les possibilités qu'offrent ces stratégies et les limites qu'elles présentent, nous discuterons de la place et du rôle des communautés locales dans ce processus. Par la suite, en mettant l'accent sur la relation entre la contribution sociale des individus et le sentiment de bien-être qu'ils éprouvent, nous présenterons des exemples de stratégies utilisées dans une communauté locale pour développer l'empowerment individuel et organisationnel. Nous discuterons du rôle des différents partenaires, dont celui joué par le CLSC René-Cassin.

INCAPACITÉ, HANDICAP ET RÉPONSE D'UN CLSC AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Carrière, Yves, Amzallag, M., Légaré, J. IUGSQ/CLSC René-Cassin, U. de Montréal, Canada.

Longtemps, l'évolution de l'état de santé des populations avait comme seul indicateur l'espérance de vie. Les gains sur la mortalité étant devenus moins spectaculaires dans les pays économiquement avancés depuis le milieu des années 1960, plusieurs indicateurs ont alors été développés afin de tenir compte de l'évolution de la qualité de vie des années vécues. C'est ainsi que sont apparus les indicateurs d'espérance de vie en bonne santé. Toutefois, bien que certains d'entre eux rendent compte du désavantage social relié à l'incapacité, aucun ne permet de vérifier l'évolution de l'adéquation entre le besoin d'aide dans les activités de la vie courante et l'aide reçue tant par le réseau formel qu'informel. C'est dans le but de répondre à cette préoccupation que nous avons construit un indicateur qui tient compte de cette lacune. Ce dernier favorise une définition plus large de la santé tout en donnant une place importante aux interventions de type social plutôt que médical dans l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans un premier temps, nous soulignerons l'utilité de cet indicateur et présenterons les résultats obtenus pour chacune des grandes régions du Canada. Nous verrons que près de 40% des activités requérant une aide quelconque demeurent sans une aide suffisante. Dans un deuxième temps, nous présenterons les réponses qu'offrent un CLSC à ces besoins et dans quelle mesure il est possible de réduire, voire éliminer, le désavantage social relié à l'incapacité.

AFFICHES / POSTERS / CARTELES

THÈME / THEME / TEMA

A

Environnement social et santé

Social Environment and Health

Entorno social y salud

SALUD BASICA; UN COMPROMISO DE LA MUNICIPALIDAD ESTUDIO DE CASO

Amparo Vesga S. Enf. MSP-Directora, Division Fomento de la Salud Cali. Lucia Pineda. Nut. MSP-Secretaria de Salud de Cali.

Colombia, enfrenta un nuevo reto: La Reforma al Sistema de Salud, que busca hacer más eficiente y equitativo el Sistema. Este reto está enmarcado en las Políticas del Estado en materia de Seguridad Social en Salud. Un panorama de baja cobertura, no aseguramiento de la población, un sistema de Salud estatal ineficiente, con baja capacidad resolutoria, es el reflejo de la necesidad del cambio. Las políticas de descentralización hacia los municipios como responsables de la SALUD BASICA de la población, con autonomía y financiación, para que de acuerdo a su perfil epidemiológico y a los lineamientos Internacionales y Nacionales en PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, construyan en los nuevos espacios y momentos, planes, programas y proyectos adecuados a cada localidad. El Plan Municipal de Salud Basica, contiene indicadores Epidemiológicos y Sociales, de salud positiva, ambiente sano y calidad de vida, buscando la obtención de una cultura de la salud y el fomento de hábitos y estilos de vida saludables. Este Plan, en el Municipio de Cali, es producto de una historia que la ciudad ha venido construyendo paso a paso, con líderes visionarios, con aciertos y desaciertos. Este Trabajo se presenta como un esfuerzo de la Secretaria de Salud de Cali, de un Equipo Humano, que cree en el cambio, y que ha desarrollado un trabajo dirigido a mujeres, niños, escolares, ancianos, discapacitados, indigentes, en las distintas comunas de la municipalidad. El Plan se ha acompañado de materiales y métodos de comunicación masiva, como folletos, audiovisuales de vida sana, mapeos de riesgo ambiental, que soportan el trabajo dirigido a la colectividad. El Trabajo se desarrolla en los Siete Sistemas Locales de Salud, que trabajan con la Estrategia de ATENCIÓN PRIMARIA como estrategia central del Sistema de Salud. El Plan de Atención Basica, forma parte de los planes de beneficios, que contempla la Ley 100 de 1993, que reforma al sector, así como de los acuerdos municipales, que a partir de 1989, se vienen dando para su adecuación local.

ESPACIOS Y EQUIPAMIENTOS COLECTIVOS EN UNA LOCALIDAD DE LA CIUDAD DE CORO - VENEZUELA

Arión, Alí, UNEPM de Coro, Venezuela.

Se pretende conocer el crecimiento demográfico por edades en relación a los espacios y al equipamiento que la colectividad pueda disponer para satisfacer sus necesidades. En las sociedades modernas los espacios colectivos demandan una serie de bienes y servicios que deben ser ofertados, y que permiten cumplir con los requerimientos necesarios para garantizar la permanencia en un ecosistema local favorable. Esto genera tanto a nivel individual como colectivo, sentimientos de satisfacción de necesidades y de bienestar que se traduce en mayor disposición para la producción y para el sostenimiento económico-social y familiar. El objetivo del presente trabajo es lograr un inventario de los bienes y servicios presentes en la comunidad de Cruz Verde de la ciudad de Coro-Venezuela, en la cual se medirán los recursos existentes y las necesidades sentidas por la población, en torno al equipamiento colectivo. Dado que ha sido elaborado un modelo ideal de equipamiento que responde a las características de cada población, se comparará éste con el inventario realizado en dicha localidad, con el fin de identificar las carencias, satisfacciones y excesos en los recursos que cada una de ellas dispone, tomando en cuenta siempre la relación entre las necesidades sentidas, y el espacio cultural, tanto en calidad como en cantidad. Se espera identificar la gama de servicios como mercado, transporte, centro de atención médica, escuelas, hoteles, restaurantes, áreas de diversión, de práctica deportiva, sitios para la práctica de creencias y cultos, zonas verdes, etc.

LA SALUD EN UNA REGION INDIGENA DEL NOROESTE DE MEXICO: EPIDEMIOLOGIA SOCIOCULTURAL DE LOS MAKURAWÉ (WARIHIOS) DE SONORA

Jesús Armando Haro El Colegio de Sonora, México.

La incorporación de la dimensión de la salud a los planes y programas de desarrollo gubernamentales en las zonas indígenas de México ha sido una preocupación constante de las políticas indigenistas. Sin embargo, los escasos indicadores disponibles sobre la realidad indígena muestran que las condiciones de vida y de salud de esta población tiende a agravarse con el incremento de la desigualdad económica y la inequidad social. El presente trabajo documenta un estudio de caso en la región makurawe o guarijía del sur de Sonora (México), en la que se inició la asistencia gubernamental a fines de la década de los setenta con la apertura del Centro Coordinador Indigenista Guarijío, del INI (Instituto Nacional Indigenista). Desde 1992, El Colegio de Sonora en conjunto con otras instituciones conduce un proyecto de investigación-acción que tiene como meta central la conformación de un Sistema Local de Salud Intercultural en esta región, para lo cual se ha requerido de la integración de un equipo interdisciplinario y la formulación de una estrategia de participación de la comunidad en el proceso de diagnóstico y priorización de necesidades de atención.

Partiendo de una metodología que conjuga diversas técnicas investigativas (entre ellas, el análisis de expedientes clínicos, entrevistas individuales y grupales y una encuesta aplicada a familias) se presenta una reconstrucción del perfil epidemiológico que muestra, entre otras cosas, que la situación de salud no solamente no ha mejorado después de más de quince años de acción indigenista, sino que continúa la reproducción de un esquema epidemiológico diferencial al interior de la región, cuya resolución local ha sido mermada como resultado del proceso de aculturación.

IMPACT DES TRAUMATISMES VECUS PAR LES ENFANTS LORS DE LA CRISE D'OCTOBRE 1993 AU BURUNDI.

Banteye, Noël, Radio Burundi, Bujumbura, Burundi.

Les massacres interethniques d'octobre 1993 ont jeté le Burundi dans une situation tellement complexe et les cicatrices toujours fraîches que la violence a griffées dans les âmes des gens, surtout des enfants, risquent de compromettre l'avenir du pays. Cet article tente de montrer les résultats actuels d'un Projet d'Assistance à environ 14.000 Enfants Non Accompagnés lancé par l'Unicef, Terre des Hommes ainsi que d'autres associations, en 1994. Il montre par la même occasion les limites de la politique sanitaire en place au Burundi, qui devra nécessairement s'adapter pour pouvoir répondre aux défis psycho-socio-sanitaires engendrés par la crise, en particulier les traumatismes vécus par les enfants. L'article sera présenté sous forme d'affiches qui spécifieront, photographies à l'appui, l'implantation du programme, les résultats aujourd'hui ainsi que les défis pour l'avenir.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PULMONARES EN SÃO PAULO, BRASIL.

Takahashi, Renata Ferreira.; Bertolozzi, M.R.; Nichiata, L.Y.I.; Oliveira, M.A.C. Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.

El presente trabajo propone evaluar el control de los contactos de 89 enfermos con tuberculosis pulmonar, bacilíferos, realizado en el Instituto Clemente Ferreira (ICF), centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades pulmonares en el estado de São Paulo, Brasil, en el año 1994. En lo que respecta a la caracterización de los casos-índice, se verificó que la mayoría tiene edad entre 25 y 30 años, solteros. Pasados al menos seis meses del inicio del tratamiento, 63 habían recibido alta por cura, 03 fallecido, 3 transferidos e 8 abandonado el tratamiento, no habiendo información disponible en los 12 casos restantes. Once de ellos no referían contactos y en los otros esa información no estaba disponible. En los 76 restantes el control de los contactos fuera realizado en unidades básicas de salud cerca de sus hogares y sobre estos no había cualquier otra información sobre el resultado del encamijamiento. De los 31 casos en que el control fuera realizado por el propio ICF, registros subsecuentes se muestran en solamente 25, permitiendo verificar que los contactos de 5 casos-índice fueran orientados y dispensados. La quimioprofilaxia fue iniciada para 10 familiares de 8 casos-índice y en otros 6, oriundos de 4 casos-índice, fue detectada la enfermedad y instituido el tratamiento. Para los contactos de las demás 15 fuentes de infección fue indicado el seguimiento clínico. Por esto se recomienda la efectiva implementación de esa actividad e su registro sistemático e simplificado para que subsidien de facto la planificación de la asistencia.

INTERNATIONAL HEALTH TO REDUCE INEQUITY

Bertolozzi, M.R. U. de São Paulo, Brasil.

From a explicit declaration that the national and international dimensions of health include social inequity and injustice, the author discuss the role of International Health. Besides it presents the "dilemma" that the field of International Health is facing between the advances in external practices, translated into interventions and the need of constructing it's own critical basis. There are more that rethinking the relation between cause and effect in the health-disease process, it focus that should keep in mind this is a historical process, mediated by production relations and social reproductions, issues that transcend the linear and one casual relation. Finally, the author points that International Health has to focused - destined for the collective, conformed by distinct social groups, determined by different introduction of production modes. Thus, there is no "International Community", but a collective that stands out, characterized by it's heterogeneity, - to reduce inequity; - pointing out and interrupting destructive processes imposed upon the collectivity; - consolidating this field of knowledge and experiences as a permanent tool for the critical monitoring of health's determinant and the quality of life.

CHIAPAS: LA EMERGENCIA SANITARIA PERMANENTE

Blanco-Gil José, Rivera-Márquez J.A; López-Arellano O. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

En los últimos 13 años, la imposición del proyecto neoliberal ha tenido un impacto diferencial sobre grupos y regiones, provocando situaciones de creciente polarización social y sanitaria. El deterioro acelerado de las condiciones de vida de la mayoría de los mexicanos ha impactado negativamente la situación de salud de la población, conformando un panorama complejo y profundamente desigual ante la enfermedad y la muerte. En Chiapas (México) se expresa con intensidad este proceso, por la magnitud de los problemas de salud, por la vulnerabilidad social de la población que los sufre y por la precariedad de la respuesta institucional para enfrentar la problemática. Para la construcción del perfil regional, se utilizó la información registrada durante 18 meses en Unidades Sanitarias de la Secretaría de Salud localizadas en la región. Los resultados se agruparon en cinco conjuntos de padecimientos asociados a: características socio-ambientales; a procesos de trabajo; a situaciones de stress; a disponibilidad y consumo de alimentos; a capacidad reproductiva y un sexto grupo que incluye patología de muy diversa naturaleza. Se reportó la incidencia acumulada anual y la mortalidad por causas seleccionadas. Con la reconstrucción del perfil de enfermedad y muerte de la región conocida como Selva Lacandona, se concluye que esta área podría ser considerada como "zona de desastre sanitario permanente". Así mismo, se intenta alertar sobre la gravedad de la situación y contribuir a redimensionar el derecho a la salud como parte de la defensa de la vida.

RUSSIAN HEALTH PROTECTION POLICIES RELEVANT TO TOBACCO

Dr. Galina Borisovna Tkachenko
Chief Specialist, Department of Preventive Medicine
Ministry of Health and Medical Industry of Russian Federation

In Russia it is estimated that 60% of men and 15% of women in the 20-69 year age groups smoke. Diseases related to tobacco consumption are becoming an increasing cause of concern to Russian health authorities. During the last two years a number of prophylactic measures have been employed to address this problem and relevant legislation has been adopted - *Fundamental Legislation of the Russian Federation on Health Protection*, article 19.

The Ministry of Health is insisting that all advertising of tobacco and alcohol products be banned and in July, 1995 the Federal Law on Advertising was adopted with limitation. A state program of *Urgent Measures for the Prophylaxis of Non-communicable Diseases* has been developed and will be implemented in early 1996. This program includes cardiovascular diseases and tobacco related health problems.

This paper describes the foregoing legislative and regulatory measures as part of a larger effort being undertaken in Russia. The larger effort includes strategies of smoking cessation and reduction, as well as advocacy.

BAJA CAPACITACION DEL EQUIPO DE SALUD EN EDUCACION PARA LA SALUD

Carmen Yudith Caicedo. Universidad Francisco de Miranda Coro-Falcón-Venezuela

Educación para la Salud debe concebirse como herramienta fundamental de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y Promoción de la Salud (PS). OBJETIVOS: Aplicar herramientas de la Planificación Estratégica Situacional (PES), a una situación problema del área de la salud. METODOLOGIA: Abordando los 4 momentos de la PES, se han organizado los elementos que convergen en la actual situación sanitaria del país, respecto a una de las debilidades del sistema de salud venezolano: ausencia de políticas nacionales que permitan el cambio de un modelo curativo hacia un modelo que haga énfasis en la Promoción y Fomento de la Salud. DISCUSION: El plan propuesto puede, dimensionarse tomando en cuenta la visión de otros actores en diferentes escenarios. RESULTADOS: Asumir Educación para la Salud, como un proceso que conlleva a la formación de una conciencia colectiva que asegure a todos un desarrollo armónico. CONCLUSION: La PES es una manera dinámica de planificar servicios y programas de salud, pues la perspectiva de APS y PS confían y sustentan su ideología en la eficacia de la planificación.

MAGNITUD DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN BRASIL

Canesqui, Ana Maria. Universidad de Campinas, Brasil.

La implantación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil es una importante preocupación de los segmentos profesionales de salud. La Carta Constitucional de 1988 ha garantizado la concepción de la Seguridad Social como referencia de la política de protección universal. Pero su efectiva implantación encuentra varias dificultades (financeras, infraestructurales, en la disponibilidad de recursos humanos, sueldos pagos, dentre otras). Estas dificultades afectan la calidad y posibilidad de expansión de la asistencia médica pública. A pesar de la existencia de problemas de esta naturaleza se constata la magnitud y peso de la asistencia médica pública en Brasil a través de un conjunto de datos relativos al comportamiento de la infraestructura de servicios de salud, de coste; de la cobertura poblacional, de la existencia de recursos humanos, etc. El estudio presenta un conjunto de datos de la magnitud, discutiendo también algunos desafíos de la implantación del SUS.

LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA RÉGION DE MONTRÉAL

Choinière, Robert, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Canada

L'île de Montréal représente la région du Québec où l'on retrouve à la fois les zones résidentielles les plus pauvres et les plus riches. La région de Montréal comprend également le plus gros bassin de personnes pauvres au Canada. Dans un tel contexte, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a entrepris de mesurer, pour le territoire qu'elle couvre, une série d'indicateurs sanitaires selon le statut socio-économique de la population. Cette communication a pour objectif de présenter les principaux résultats de cette étude. Le statut socio-économique a été défini à partir de la suffisance de revenu défini par Statistique Canada. Les indicateurs sanitaires retenus ont été calculés à partir de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993, des fichiers des naissances, des décès et des mortinaissances du Bureau de la Statistique du Québec et des fichiers des hospitalisations et des tumeurs du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'enquête sociale et de santé est la seule source à fournir directement des données selon le statut socio-économique des individus. Pour les autres sources, le statut socio-économique a été défini à partir du secteur de recensement de résidence de l'individu. Les résultats montrent que pour la plupart des indicateurs calculés, les inégalités sociales se traduisent par des inégalités en matière de santé. Il existe cependant des exceptions et dans plusieurs cas, l'on ne retrouve pas le gradient inverse entre le statut socio-économique et l'état de santé.

THE PARENT-CHILD WORKSHOP PROGRAM IN QUÉBEC

Cloutier, H. co-author of research & training consultant, QUE.

Since 1989 the University of Montreal in collaboration with a CLSC (CLSC Longueuil-Ouest) has been conducting an evaluative research study on an early intervention program for young at risk families called LES ATELIERS PARENT-ENFANT or THE PARENT-CHILD WORKSHOPS. The highly encouraging results put forth through this study seem to indicate parent training as a promising alternative in working in the field of prevention with new young disadvantaged families in both rural and urban communities of the province. The PARENT-CHILD WORKSHOPS break down into: PARENT-INFANT (0-6 months, 6-12 months), PARENT-TODDLER (1-2), PARENT-CHILD (2-4). In an overall prevention perspective, the main objective of these workshops is to stimulate child development by supporting and promoting the parent's role as main educator of his child. Parents are led to understand that how they interact with their infant, toddler or pre-schooler now, will make a difference later.

The promising results gathered through the research conducted on this program have brought about its implementation in many parts of the province of Québec. Over 50 CLSCs now run this type of workshop on a full time basis. The PARENT-CHILD WORKSHOP PROGRAM is now in the process of being implemented in certain aboriginal communities of Québec (KAHNAWAKE COMMUNITY SERVICES and CENTRE DE SANTÉ DU VILLAGE HURON). Finally the parent-child workshop program has just recently been exported to another country (MARTINIQUE in 1993).

This poster session will introduce participants to goals & content of program as well as to specific interactive tools specially created to reach these "hard to reach parents."

MOVEMENTART - A PROPOSAL ON HEALTH EDUCATION FOR CHILDREN

Corbo, Anamaria, Edmundo, Katia. Cedaps - The Health Foundation, Brasil.

An effective proposal on health education should take into account the child as an active agent of his own knowledge. For such, it is necessary the use of an adequate methodology, where the "game", being a part of the children's universe, is used as a vehicle with which the learning is completed. Based on the premises, it is prepared a proposal to develop the amusing activities such as arts, stories and children games, which could be played in groups: the Movementart Habitis and acquired knowledges are taken into account and redimensioned, this way composing the group's participants' daily life. This experiment intended to make possible the joint work health-education where the way the child faces the learning process is as important as the subject-matter's context. Thus, health is seen as a creative possibility to reaction and find solutions before internal and external conflicts. Education constitutes a process to strengthen the self-confidence and to develop the self-esteem.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN MÉXICO: LA CRISTALIZACIÓN DE LAS DESIGUALDADES.

Da Conceição, M.Cristina - El Colegio de México. México.

La actual reforma del sistema de seguridad social mexicano coincide con la aceleración del proceso de envejecimiento poblacional. Por un lado, las extensas cohortes que sobrepasarán los 60 años en las próximas dos décadas generarán un nuevo perfil de demandas de salud, por otro lado la actual reforma del sistema de seguridad desfinanciará el área de salud, pues el pequeño grupo poblacional con mayor capacidad de ahorro va a dinamizar los planes privados de pensiones y de salud, mientras la gran mayoría de la población dependerá de un fondo colectivo financiado básicamente por el estado mexicano y con perspectivas de una descentralización puramente administrativa, y riesgos de cristalizar las desigualdades regionales existentes en el país. Este artículo analiza la transición epidemiológica resultante del acelerado proceso de envejecimiento y el nuevo perfil de demandas de salud en la sociedad mexicana y las implicaciones que puede tener la reforma recién implantada en el sistema de seguridad social, en especial el financiamiento de los beneficios de salud.

OCCUPATIONAL DISORDERS CASES AT THE UBERLÂNDIA MEDICAL SCHOOL, BRAZIL, FROM JULY TO AUGUST 1995

Oliveira, Neide Mattar, Vieira, BC, Manze, CJS, Silva, FG, Buiatti, FM, Almeida, IC, Garcia, LAP, Lacerda, LM
Universidade Federal de Uberlândia - Brazil

The automatization in work has brought an increase in the cumulative trauma disorders. This paper studies the characteristics of the occupational disorders cases at the Uberlândia Medical School, from July to August 1995, through the research of patients' data with occupational disorders diagnoses, except fractures; 326 cases were studied, from which 58.9% were females. The most frequent ages ranged from 30 to 39 years old (28.8%). Pain was the most frequent symptom (63.8%). The principal diagnoses were bursitis and tenosynovitis. From the total patients studied, 61 were confirmed as occupational disorders. The majority of these 61 cases were females (57.4%) and hand workers (34.4%). The principal symptom was pain. It is known that cumulative trauma disorders diagnose is clinical. It is considered low the number of cases registered as occupational disorder (61 in 274 or 22.2%). The lack of notification by the doctors does not permit an adequate occupational disorders prevention and control.

OCCUPATIONAL DISORDERS CASES AT THE UBERLÂNDIA MEDICAL SCHOOL, BRAZIL, FROM JULY 1993 TO JUNE 1994

OLIVEIRA, Neide Mattar, Silva, FM; Freire, RC
Universidade Federal de Uberlândia-Brazil

The aim of this paper is to make an epidemiological study of probable occupational disorders cases examined at the Uberlândia Medical School, from July 1993 to June 1994. It was held a retrospective study with data prontuaries of 1199 cases of cumulative trauma disorders, 19 cases of intoxication, 10 cases involving venomous animals, 9 cases of neurosensorial deafness and 1 case of pneumoconiosis, totalling 1238 cases. The cumulative trauma disorders cases affected principally females (62.0%), hand workers (32.8%). The most frequent ages ranged from 14 to 44 years old and the most frequent body parts affected were shoulders, wrists, hands and forearms, totalling 88.2%. The principal symptom was pain (86.2%). The principal diagnoses were tenosynovites and bursitis. From the total cases examined (1238) only 4 (0.32%) were notified as occupational disorders, which is an insignificant quantity. The authors propose that the Uberlândia medical School takes more into account the notification of the occupational disorders.

WORK INJURIES REGISTERED IN INSS(NATIONAL SOCIAL SECURITY INSTITUTION) IN UBERLÂNDIA, BRAZIL, IN 1993 AND 1994

Oliveira, Neide Mattar, Ribeiro, MA, Silva, FM Universidade Federal de Uberlândia-Brazil

The work injuries are important death causes and handicaps in Brazil. The aim of this paper is to evaluate the frequency of work injuries and occupational disorders in Uberlândia, Brazil, through a data survey of the work injuries notifications in INSS, in whole year 1994 and the months of May and October in 1993. In 1994, males were more frequent affected (82.2%), and the ages ranged from 20 to 39 years old; 76.4% occurred at the company, 14.4% occurred at traffic and 8.0% were occupational diseases. Hand workers and drivers were the most frequent affected. The most frequent affected parts were hands (24.0%) and feet (11.3%). The principal diagnoses were contusions and fractures (36.0%). The most serious problems occurred in 2.9% of the cases, with 13 deaths. Most cases were notified from 8:00 a.m. to 9:00 a.m. and from 2:00 p.m. to 4:00 p.m., and 11.1% occurred after two hours at work, and 10.7% after eight hours. There was no significant variation from one month to another. Comparing with the months of May and October 1993, it was verified an increase of occupational diseases and a reduction in the number of deaths. It is worrying that the occurrence of work injuries at the first hours of work reflects a probable deficiency in the ingestion of food in the morning.

HEALTH AND EDUCATION OF THE UNDERAGED WORKING STUDENT FROM UBERLÂNDIA, BRAZIL.

Oliveira, Neide Mattar; Oliveira, S.C.; Janones, R.S.; Campos, L.S.; Nascimento, R.T.; Castro, R.S.; Castro, M.T.S. - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, BRASIL.

This study intends to establish the percentage of underaged working students among the night term students from 10 schools in Uberlândia, Brazil. It also intends to draw a profile of these students and verify repercussions of work on their health and education. 391 elementary school students answered a questionnaire. 52.9% of them are between 14 and 15 years of age. 59.6% are in the first to fifth grade. Therefore, they are behind in their school formation. 68.8% of the students work, 59.1% of them do so to help their families financially. 64.7% of them started working when they were 12 to 15 years old. 30.1% of them are domestic servants, 19% are factory workers and bricklayers. 77.3% of them are not officially registered. 97% of them work an average of 11 hours a day, including lunch time. 38% of the workers declared that they feel pain during work. According to them, their working conditions are satisfactory concerning the illumination and the cleaning, but, 43% of them declared to work in noisy places. The working students are heavier and taller than the non working ones. Probably this is one of the reasons why they were accepted in their jobs. The students in general have similar school performance. The study concludes that the percentage of workers among the students is significant. It also concludes that there is no significant difference between workers and non workers considering the aspects analysed, probably because they are from the same social class. The expectation of the authors, based on common sense, was that early working would be hazardous to young people's health and education, but the results showed no conclusive evidence supporting this point of view.

EPIDEMIOLOGY OF INJURIES AT WORK IN UBERLÂNDIA FROM JULY OF 1993 TO JUNE OF 1994

Oliveira, Neide Mattar; Vieira Júnior, J.R. U. de Uberlândia, Brazil.

The analysis of epidemiologic aspects of work accidents is quite important to understand and avoid them. The objective of this abstract is to quantify and evaluate work accidents which caused injuries in the upper members of the workers' body aged between 14 and 65 years examined at Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) from 07/01/93 to 06/30/94. This is a retrospective work with 192 prontuaries from the HC-UFU with simple casual samples of 2989 injury cases of upper members examined at the hospital. These cases were checked at Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) of Uberlândia. 34.4% of antebrachii injuries, 19.6% of *ossa carpi* and 10.5% of *phalanges* were registered. In the 192 cases analysed 72.3% were men and 56% of the injuries occurred on the right side of their body. In the 26 cases of work accidents found (13.5%), 96% of the patients were men and 23% of them were mason assistants aging 14 to 60 years of age. Most of them (53.8%) aged 30 to 50 years old. The left side of their body was injured mostly (61.5%) and the *phalanges* had (42.3%) of the bones injured. 41.6% of the accidents happened between 6:00 am and 12:00 pm mainly after 2 and 4 hours of work time. The period away from work varied from 16 to 155 days, an average of 50.8 days a worker and totalized 1323 days away from the work. The conclusion is that from total number of injuries, the ones caused by work accidents have a crucial value, have peculiar traits and bring damages to the society.

EPIDEMIOLOGIC STUDY OF SEXUAL HARASSMENT AGAINST WOMEN IN UBERLÂNDIA IN 1994

Oliveira, Neide Mattar, Rocha, A.F., Vieira Júnior, J.R. U. de Uberlândia, Brazil

The aim of this report is to study the cases of sexual harassment against women occurred in Uberlândia in 1994, based on the victim and aggressor data, personal link between victim and aggressor, and also on clinical examination results. It is a retrospective study of the Legal Medical Institute (LMI) and of the 16th Regional Police Department of Uberlândia (RPDU) data. 135 cases were analysed: 102 were reported in the LMI and 44 were reported in the RPDU, therefore 11 were reported in both sources. Single victims, students, aged from 6 to 18 years old (14.8% were under 9 years old) and single aggressors, from 18 to 30 years old, were prevalent within the results found. The aggressors were usually unknown by the victims. 102 clinical exams were submitted. There was a significant percentage of inconclusive exams as for sexual harassment. It is evident that there is a lack of crime reports of this nature in the Police Department, mainly, because the victim is afraid of the aggressor, or is ashamed of the fact or does not trust the Judicial System. Afterwards, the victims could come up with mental and social problems as a result of those crimes, mainly, if the victims are children.

CHANGES AMONG RETAILERS SELLING CIGARETTES TO MINORS

Dovell, Ronald A., Mowat D, Dorland J, Lam M.
Institute of Health Promotion Research, UBC, Canada
Kingston, Frontenac, Lennox and Addington Health Unit, Canada
Queens University, Canada
Queens University, Canada

The last few years has seen dramatic changes in health policy to reduce youth access to tobacco. Combined strategies of education and enforcement have been implemented. Using a case study, the development and impacts of these strategies are discussed in this paper. At five different times, over a three year period we measured the proportion of Ontario retailers selling cigarettes to minors. Under supervision, 13-14 year old minors were sent into stores to attempt buying cigarettes. These minor-purchase-events (MPE's) were carried out in two local Health Units; one having a community based intervention and the other having impacts from a national program of Health Canada. Following the local program we observed a large reduction (46% to 6%) in merchants willing to sell to minors. In the neighbouring Health Unit, a high rate of selling continued until a large reduction was observed (47% to 2%) immediately following the federal program. This magnitude of change has been unprecedented except where active enforcement was implemented with the involvement of police officers. Thus from a public health perspective, it is important to understand what is influencing the store operators and whether access is actually curtailed. From a social perspective it is important to reflect on the need or right for a state intervention and the ramifications, both collective and individual.

TALES AND ENCOUNTERS - WORKSHOP FOR COMMUNITY AGENTS.

Edmundo, Kátia, Branco, Wanda Lucia; Corbo, Anamaria; Ferreira, Claudia. Cedaps - The Health Foundation, Brasil.

The existing community schools at Rio de Janeiro's slums, in Brazil, give assistance to children from zero to six years of age, constituting a fertile field of social work for it contemplates : the child, its transformations and needs; the mother as a worker; the families; the popular movement; the community agent, who, deprived of formal education, acquired a lot of knowledge with the practice, by acknowledging and taking into account the riches of the cultural plurality evidenced in the popular classes' quotidian life. The tales and encounters project represents a possibility of junction between governmental and no governmental partness involved in the schools contexts. Said project is based on a participative method for the solution of problems. It results in a plan of actions specific for each school reality, strengthening the community agent's ever developing autonomy and critical opinion. This project has a workshop to develop the sensibilization and expression (games and group brainstorming), At this workshop technical concepts are put together with the local culture. Tales and Encounters' favors the redemption of the self-esteem and the possibilities of all the involved segments, elements which constitutes a magnified health concept.

La gestion du stress par les représentations.
Francis EYNARD, Dany DESCHAMPS & Alain TRUGÉON
E.R.S.I., O.R.S., C.N.A.M

La montée du niveau de stress dans la population mesurée par l'augmentation des consommations de psychotropes nous a conduit à nous interroger sur la gestion sociale du stress.
Notre approche se situe dans le cadre d'une analyse du coût social provoqué par le stress.

Pour traiter cette problématique, nous avons dans un premier temps, construit l'hypothèse économique du lien entre l'activité professionnelle, le cadre de vie et le stress. La question est, à ce stade, de savoir si les conditions de travail et de vie sociale conduisent à une accumulation ou une compensation des différents facteurs de stress. L'enquête initiale apporte des réponses intéressantes à cette problématique mais fait émerger une deuxième hypothèse : la représentation sociale du statut civique ou social de l'individu est un facteur positif ou négatif de stress. On peut ainsi mettre en évidence des facteurs qui, en fonction de la représentation sociale, vont conduire à l'accumulation ou à la compensation du stress. Le facteur explicite du stress n'est donc pas le seul à expliquer le phénomène.

Cette deuxième hypothèse conduit à la recherche des phénomènes implicites. Cette recherche a été illustrée par l'étude des entreprises. Deux autres enquêtes ont été réalisées. Elles ont pour objet, dans un premier temps, de faire apparaître la distinction entre le stress classique (pointeuse, rendements imposés, contrôle hiérarchique), et le stress psychologique (autocontrôle, polyvalence, qualité, communication interne) puis d'étudier les outils de gestion de ces différents stress par l'entreprise.

Les enquêtes mettent en évidence l'utilisation par les entreprises les plus performantes, des instruments du marketing relationnel pour gérer le stress au travers d'une nouvelle forme de conditionnement des salariés : le conditionnement psychologique. Ce dernier remplace le conditionnement physique avec la généralisation d'une communication interne de plus en plus opératoire, qui véhicule la représentation de la qualité. Ce processus aboutit à une nouvelle forme d'organisation du travail, ou apprentissage organisationnel.

Cette expérience est-elle transposable au plan social ?
Ou en d'autres termes, le conditionnement par les représentations est-il un outil efficace de gestion du stress hors de l'entreprise ?

GROWTH IN HEIGHT OF SCHOOL BEGINNERS IN THE CITY OF FLORIANÓPOLIS/SC 1994

Arlete Corso¹, Fagundes R.¹, Ishii M.², Buralli K.² ¹Universidade de Santa Catarina e ²Universidade de São Paulo, Brasil

In the present work it was obtained the measures in height of 4.591 beginners in public and private schools in 1994 in the city of Florianópolis/SC. From the creation of the rate height age (reference value NCHS) it was obtained the short stature predominance of these students. Results show a 3,1% short stature predominance (-2 Dp) association ($p < 0.05$) among short stature, public schools and destitute areas. It was showed in the analyses for linear trends proportions (odds ration) between short stature and parent's school degree, the data in a decreasing order, indicating that students who come from illiterate parents, have a greater possibility of being short. This possibility grows less according to the increase of the parents schools degree. The outline of beginners growth in a group level presents it self near the regular curve of the referential population, but when data are obtained, there is an association among, short stature social and economic level and parent's school degree.

LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE MORTALITÉ AU QUÉBEC EN 1990-1992

Choinière, Robert, Lafontaine, P., Pageau, M., Ferland, M., Chevalier, S., Sauvageau, Y., Régies régionales de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, de Québec et de la Montérégie, Canada.

Le Québec a bénéficié au cours des dernières décennies d'une baisse importante de la mortalité. Cette réduction masque cependant de fortes disparités socio-économiques de la mortalité. L'objectif de cette étude est de dresser un tableau des écarts de la mortalité générale et des principales causes de décès au Québec selon le revenu à partir d'une analyse des données par districts de Centre Local de Services Communautaires (CLSC). L'étude couvre la période 1990-1992 et le découpage utilisé est celui du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec selon les 170 districts de CLSC. Le niveau socio-économique a été défini à partir de la proportion d'assistés sociaux observée dans chacun des CLSC en 1991. À partir de cette mesure, ceux-ci ont été regroupés en cinq catégories socio-économiques, représentant chacune environ le cinquième de la population du Québec (quintiles). La catégorie la plus favorisée est constituée des CLSC présentant les plus faibles proportions d'assistés sociaux et celle la plus défavorisée est formée des CLSC ayant les plus fortes proportions d'assistés sociaux. On remarque ainsi, pour la plupart des causes de décès retenues, que la catégorie la plus défavorisée enregistre une surmortalité importante par rapport à la catégorie la plus favorisée, autant chez les hommes que chez les femmes. De plus, chez les hommes, pour la majorité des indicateurs la surmortalité augmente de façon progressive à mesure que l'on passe du quintile favorisé au quintile défavorisé.

PERCEPCION DE NECESIDADES EN SALUD REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO.

García Barrios Cecilia -Instituto Nacional de Salud Pública García Molina Carlos- CRIM Universidad Nacional Autónoma de México. Cuernavaca Morelos, México.

Tanto el proceso salud-enfermedad como la desigualdad de género se pueden entender como dimensiones de la desigualdad social. La salud reproductiva no escapa a esta relación y todo parece indicar que en ella se refuerza y/o se confronta con mayor intensidad dichas dimensiones. El objetivo es analizar, desde la perspectiva de género, cómo las mujeres perciben sus necesidades de apoyo (como parte de las necesidades en salud) y cómo lo reciben por parte de su pareja, hijos, familiares y amigos en la etapa preparto y posparto. Nos referimos al apoyo en aspectos prácticos (ayuda en el quehacer doméstico) y emocionales (acompañamiento y discusión de sus problemas). La intensidad de las relaciones de desigualdad asociadas por un lado con el nivel socioeconómico, la educación y el tipo de hogar encontradas a través de los riesgos relativos ($RR > 1$) expresan importantes factores de riesgo que debieran ser tenidos en cuenta si se quiere acelerar los procesos de confrontación y/o construcción de la autonomía de la mujer como vía a la transformación de la desigualdad de género. Por otro lado, la falta de percepción de necesidad de apoyo y la poca o nula confrontación de las mujeres ante los patrones de apoyo durante el embarazo establecidos socialmente, tales como la precaria alimentación y reposo y la utilización inadecuada de los servicios de salud, constituyen graves riesgos para la salud tanto de la mujer como de su hijo. Se encontraron fuertes evidencias a favor de que la construcción social de las necesidades en salud están mediadas por la desigualdad de género. La persistencia de las asociaciones encontradas, convierten la perspectiva de género en una necesidad inaplazable en la investigación y la acción social en el área de salud.

SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH CAESAREAN SECTION IN GUADALAJARA, MEXICO.

Gonzalez-Perez Guillermo; Vega-Lopez MG. University of Guadalajara, Mexico.

This study seeks to know the proportion of caesarian deliveries and to identify the maternal sociodemographic factors associated with caesarian section in primiparous, residents in Guadalajara, Mexico. In 1992-93 a comparative cross-sectional study was conducted in Guadalajara on the population covered by the Mexican Social Security Institute (MSSI). A probabilistic sample was designed, representative of the first live births (25662), and their respective mothers: subjects were randomly chosen from the MSSI 1992-93 birth registers, the final sample was 510. A baseline questionnaire was administered to all mothers in their homes, although some medical data were obtained from the clinical records. The association among the variables studied and the caesarian delivery was assessed through logistic regression model. Of the mothers studied, 29.4% (95% CI 25.5%-33.3%) had a caesarian delivery. In the multivariate analysis, sociodemographic factors such as the maternal age (35 years old and above), living in overcrowded conditions and belonging to the social group of "employees and workers of the intellectual sphere" showed a statistically significant association with the caesarian section. With these findings, the MSSI primary care services would have means to identify timely primiparous in need of more and better prenatal care, to reduce the incidence of caesarian sections.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS EN MEXICO.

González Pérez, Guillermo; Vega López, MG; Muñoz, A; Valle, A. Universidad de Guadalajara, México.

Este trabajo busca describir la situación de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (EIP) en México entre 1970 y 1990; determinar aquellas variables sociodemográficas que mejor explican las diferencias entre estados en cuanto a la mortalidad por EIP en ambas fechas, e identificar los estados que presentan mayores índices de mortalidad por EIP. Para ello se calcularon tasas trienales para evitar fluctuaciones aleatorias de los datos; mediante el empleo del análisis de regresión lineal múltiple (método paso a paso) se determinaron las variables que mejor explicaban las diferencias interestatales en la mortalidad en cada año, y además, se calcularon riesgos relativos. Los resultados evidencian que si bien ha descendido notablemente la mortalidad por EIP en el país, son los mismos estados en 1970 y 1990 los que presentan las mayores tasas de mortalidad por EIP, e incluso que la distancia entre los estados con mayor y menor mortalidad se ha incrementado. El nivel de analfabetismo es la variable clave en ambas fechas para explicar las diferencias interestatales, por lo que puede señalarse que la desigualdad geográfica en la mortalidad por EIP tiene un hondo contenido social, viéndose afectados sobre todo los estados más pobres del país.

LA MUJER SOMETIDA A LA SALPINGOCLASIA DE FRENTE A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Gutiérrez, Norma C. PIEGE/TNESER U. de Guadalajara, México

En México los programas de planificación familiar han alcanzado logros cuantitativos importantes en el control de la natalidad. Se han realizado diversos estudios que dan cuenta del incremento en la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres. Sin embargo, poco se conoce de la percepción que tienen ellas sobre dichos métodos, así como de quién asume la decisión. En los últimos años una de las prácticas que ha sido utilizada en algunas de las instituciones del Sector Salud es la protección anticonceptiva postparto, la cual se refiere a la implantación del dispositivo intrauterino (DIU) y la realización de la salpingoclasia (oclusión tubaria bilateral). Dado que la salpingoclasia es un método definitivo e irreversible es necesario que la mujer este bien informada antes de tomar la decisión de ser operada. Este trabajo pretende: 1. Obtener información por medio de lo relatado por las mujeres sometidas a la salpingoclasia sobre dicho proceso desde que se enteraron de la existencia del método hasta que fueron intervenidas quirúrgicamente. 2. Detectar la percepción y significado que ha tenido para dichas mujeres el haber sido sometidas a la salpingoclasia, si han existido cambios, tanto en la percepción que de ellas mismas tienen como en su interacción social. Se contemplan dos formas de acercamiento, por una parte se realiza una revisión documental y por otra trabajo de campo, para esto último, se trabaja con mujeres que han sido sometidas a la salpingoclasia en tres instituciones del Sector Salud. La información se obtendrá por medio de entrevistas e historias de vida, lo que permitirá trabajar los testimonios orales de las mujeres.

POLITICAS DE SALUD Y TAREAS FUTURAS DE LA EPIDEMIOLOGIA

Dr. Jorge Aldereguia Henriques (Ph. D). UNIVERSIDAD DE LA HABANA

Más allá de las políticas sanitarias y sin romper su vínculo orgánico con éstas, las nuevas políticas de salud exigen de un fundamento científico. A él hará una contribución protagónica la epidemiología de fuerte contenido médico social asegurando su desarrollo futuro como ciencia, a través del carácter integral de sus investigaciones sobre la salud de la población en todas sus dimensiones, su autonomía y vínculo con la clínica y la armonización de teoría y práctica en su existencia profesional y educativa. Líneas maestras de esta proyección pudieran ser la epistemológica, como por ejemplo la reconceptualización del proceso salud-enfermedad y sus determinantes esenciales y próximas; el esclarecimiento de problemas de salud nuevos o aún mal comprendidos, así como la mejor precisión de riesgos y grupos más vulnerables; el impacto sobre la salud de la población y sus individuos de los servicios de salud, incluidas las tecnologías preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.

POLITICA DE OFRECIMIENTO UNIVERSAL Y ACEPTACION VOLUNTARIA DE LA PRUEBA DE CERNIMIENTO PARA LA DETECCION DE INFECCION CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN MUJERES EMBARAZADAS EN PUERTO RICO

Jiménez, Rolando, Pintado, E., Márquez, M.
Departamento de Salud de Puerto Rico, USA

Las estadísticas vitales de Puerto Rico señalan que el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) es la principal causa de muerte para el grupo poblacional de 35 a 44 años y para las mujeres entre las edades de 25 a 34 años. Se estima que de los casos registrados de SIDA en mujeres el 60 por ciento fueron infectadas por sus compañeros y el 40 por ciento están asociados al uso de drogas inyectables. Proyecciones a base de los casos de SIDA informados indican que Puerto Rico es uno de los países de mayor incidencia de infección de VIH en la población materno infantil en el mundo. Un total de 339 casos de SIDA Pediátrico han sido registrados desde enero de 1983 hasta noviembre de 1995 de los cuales el 51% ha muerto. Más del 90% de estos niños adquirieron la infección por transmisión de madre a infante. El objetivo de esta presentación es dar a conocer el protocolo de cernimiento perinatal del VIH establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico como parte de su política de prevención y atención primaria y los factores que han contribuido a la implantación del mismo. Este protocolo se ha establecido en todas las clínicas prenatales del sistema de salud público y el procedimiento se inicia en la primera visita de la mujer a la clínica. El cernimiento se ofrece de forma voluntaria y comprende servicios de prueba y consejería, cuidado ante parto, cuidado intra parto, cuidado post parto y tratamiento. La ejecución de cada uno de estos procedimientos conlleva una coordinación constante con otros componentes del sistema de salud. Además, es indispensable contar con un apoyo administrativo y financiero suficiente para su realización.

HEALTH-PROMOTING BEHAVIOURS OF CHILDREN WITH OR WITHOUT MINOR RECURRENT ILLNESSES.

Jutras¹, Sylvie, Vinay¹, M.C., Kalnirš, I., Normandeau, S., Morin¹, P.

¹ LAREHS, U. du Québec à Montréal, ² Faculty of Medicine, U. of Toronto, ³ École de psychoéducation, U. de Montréal, Canada.

Few studies have examined whether children with or without minor health problems report different health-promoting behaviours in the context of their daily activities. Interviews were conducted on children's health-related actions across eight familiar contexts (eating, dressing, keeping clean, the classroom, recess, leisure time, going places, going to sleep). Five- to twelve-year-olds (n=1674) were rated by their parents as healthy or suffering from a minor recurrent illness, such as allergies or otitis. The two groups of children from Québec were equivalent in gender, age, socioeconomic level and family composition. Answers were submitted to content analysis and compared on the basis of the children's health status. Main categories of health-related actions were equally salient in both groups. Children reported observing good dietary habits, participating in activities and observing preventive behaviours at school, playing and exercising during recess or when going places, engaging in leisure activities, keeping their body clean and wearing clean and proper clothing. Many children felt that nothing could be done for their health in the classroom. Different hypotheses are proposed to explain why children with minor health problems do not engage in different health-related behaviours than healthy children. The relevance of these results for child development and health is discussed.

COSTS AND BENEFITS OF PREVENTING WORKPLACE ACCIDENTS: THE CASE OF PARTICIPATORY ERGONOMICS.

Lanoie, Paul, Tavenas, S., École des H.E.C., Montréal, Canada.

This paper provides a cost-benefit analysis of a participatory ergonomics program conducted at the beginning of the 1990s to reduce back-related disorders among packers at a warehouse of the Société des Alcools du Québec in Quebec City. After an evaluation of the costs of the program, we present a rigorous econometric analysis to assess how many accidents have been prevented by the program so as to compute the direct and indirect costs avoided as a result of such accident reduction. We show that the program has indeed been profitable for the firm.

POUR UNE RÉFORME SOCIO-SANITAIRE PORTEUSE D'UN AUTHENTIQUE PROJET SOCIAL DE SANTÉ AU QUÉBEC

Lapierre, Andrée, Service de recherche, CSN, Montréal, Canada.

Dans le contexte des réformes des systèmes de santé, A.P. Contandriopoulos et J. Lomas ont proposé une approche de régulation des limites de la médecine, à partir de trois pôles d'influence: les médecins (auto-régulation), les décideurs et la population. En milieu syndical québécois, une centrale représentant plus de 100,000 travailleuses et travailleurs de la santé directement touchés par la réforme en cours, la CSN, développe une vision de cette régulation en une politique de santé en trois axes.

L'ensemble des personnels de santé est invité à s'y engager au sein de mécanismes décisionnels démocratiques, afin de revoir l'organisation du travail et notamment d'y développer le travail d'équipe.

Le résultat d'une pareille conceptualisation mène à une mobilisation accrue du personnel et repousse les frontières usuelles des "réformes" des systèmes de soins, de façon à ce qu'elles aient une envergure suffisante pour assurer la contribution de toutes les ressources humaines à l'évolution d'un système public de soins et services de qualité autant que d'un authentique projet social de santé au Québec.

CONDICIONES DE VIDA Y SITUACION DE SALUD EN LA REPUBLICA ARGENTINA - METODO GEOREFERENCIAL

Lemus, Jorge; Lucioni, María Carmen, Schiavone, Miguel. Escuela de Salud Pública. Universidad del Salvador. Argentina.

Con el objeto de desarrollar indicadores que permitan al nivel decisorio político-técnico en salud conocer poblaciones sujetas a mayores riesgos diferenciales de enfermar y morir se presentan los primeros resultados de un estudio desarrollado fundamentalmente con la determinación de aumentar la capacidad de análisis de la situación de salud que pueda optimizar los procesos de toma de decisiones. En orden a determinar la prevalencia de diferentes problemas de salud en relación a la condiciones de vida sus habitantes se procedió a segmentar el país en tres niveles de análisis geográfico-poblacional a) 24 jurisdicciones provinciales; b) 6 regiones y c) 1246 municipios, por niveles de NBI e indicadores de morbilidad, estratificando por cuartiles de pobreza en cuatro conglomerados, utilizando métodos epidemiológicos tradicionales y modelos loglineares de Poisson. Los tres niveles de análisis emprendidos permitieron relacionar eficazmente grado de pobreza con la mayor prevalencia de determinados problemas de salud, hecho que habitualmente queda enmascarado por referencias generales a nivel país de alto grado de heterogeneidad. Se discute la importancia de este método para la toma de decisiones en las políticas de salud. Los indicadores así contruidos constataron el crecimiento de la tasa mortalidad infantil en forma directamente proporcional al NBI, así como para dos trazadores clásicos; enfermedades infecciosas y parasitarias y desnutrición, especialmente para el grupo CIE-9 760-779. El método demostró ser absolutamente eficiente, relativamente económico y adecuadamente complementario de los sistemas de información ya existentes, permitiendo desarrollar programas de vigilancia epidemiológica

LA LEPRO EN LAS METROPOLIS DE LATINO AMERICA; EL CONTEXTO Y LOS RETOS DE SU ELIMINACION.

Lombardi, C.; Martelli, C.M.T.- Organización Panamericana de la Salud, Universidad Federal de Goiás-Brasil.

Las tasas de prevalencia de la lepra, en la mayoría de los centros urbanos latinoamericanos muestran que los enormes valores de los denominadores relegan la magnitud de los números absolutos de los casos de lepra existentes. Esto hace que la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública (tasa de prevalencia inferior a 1/10.000), esté próxima a lograrse en muchas de esas metrópolis. Por otro lado, los sistemas de atención a la salud organizados en las grandes ciudades, tienen por lo general características de alta complejidad tecnológica, al mismo tiempo que excluyen de su cobertura importantes segmentos de población. Esta característica es particularmente seria en el caso de la lepra porque la enfermedad: a) afecta poblaciones poco asistidas; b) su diagnóstico oportuno está basado casi totalmente en el examen clínico; c) la única intervención de control disponible es el tratamiento eficaz de los casos. En este contexto, con el logro de la eliminación, se establecerá una condición de baja prevalencia coexistiendo con la ocurrencia esporádica de nuevos casos y posiblemente con el desmantelamiento de los equipos especializados que hasta ahora han manejado el problema. En este marco el estudio se justifica, al proponer la discusión de los retos relacionados con la definición de estrategias apropiadas para la incorporación de los componentes modulares específicos de lepra en los modelos integrados de atención a la salud en poblaciones urbanas. Se hace especial énfasis en cuestiones como: a) (re)definición de atribuciones en los diferentes niveles de atención; b) inserción en el sistema rutinario de información en salud, sistema de información geográfica, red centinela; y c) inclusión de los correspondientes componentes en el proceso global de programación.

RAZON Y PODER EN EL DISCURSO EDUCATIVO EN SALUD.

Luna Pacheco, Francisco. U. Autónoma de Zacatecas, México.

La estrecha relación que se establece entre la participación comunitaria y la educación para la salud desde los postulados de la atención primaria de salud demanda la reflexión acerca del discurso educativo en salud. En este trabajo se analiza la secundarización de ese discurso por el papel que desempeña como mediador del discurso médico centrado principalmente en factores biológicos y en la responsabilidad individual de la población. De allí que en esa construcción como discurso secundario, el discurso educativo en salud responde a los requisitos establecidos para lo caracterizado como científico desde las ciencias naturales, con lo cual se obvian las determinaciones sociales de la problemática de salud que por trascender los factores biológicos quedan escondidas en el juego de intereses de la racionalidad científico-técnica dominante. Esa lógica es la que determina qué se va a considerar como problema en salud así como la forma de enfrentarlo desde el punto de vista educativo. Esto convierte al discurso educativo en salud en un mecanismo reproductor de las verdades científicas dominantes y como tal también legítima ante la comunidad los valores generales alrededor de la determinación biológica del proceso salud enfermedad o de lo biopsicosocial, pero visto separadamente. El discurso educativo establecido de esa manera limita las posibilidades de la participación comunitaria.

ELECTIVE AND NON-ELECTIVE CESAREAN SECTION IN UMBRIA REGION (ITALY)

Minelli Liliana, Mandolesi F. *, Patavino V., Barro G. *
Department of Higiene, Perugia University, Italy
*Umbria Region Epidemiology Unit, Italy

Rates of cesarean deliveries increased conspicuously in Italy from 11.2% of all livebirths during 1980 to 22.4% during 1991; in the Umbria Region (central Italy) the frequency of cesarean section rose from 13.6% in 1980 to 22.8% in 1994. Several factors have been put forward to explain this trend such as repeated cesarean section, reluctance to deliver breech babies vaginally, the early recognition of fetal distress and fear of malpractice suit, there is also socioeconomic status or demographic characteristics of women, type of insurance and especially physician practice style. Each of the 19,440 singleton live births in public hospitals in Umbria (812,000 inhabitants) from 1992 through 1994 were studied, using birth certificate data, focusing the attention on elective and non-elective cesarean section (CS) and the behavior of the obstetricians within the single hospital. Elective CS is always higher than non-elective CS during that time (about 13.0 % vs 10.0%), but only the elective CS decreases significantly (14.5% in 1992 to 12.6% in 1994, $p < 0.01$), especially between primiparous women over 35 years of age (32.5% in 1992 to 20.6% in 1994). The highest percentages of recurrence to cesarean section (40%, 35% and 32% respectively) are found in three hospitals, the lowest percentages (16.5%, 17.0% and 17.5 %) are found in three other hospitals, nonetheless there is no difference in demographic characteristic of women (number of deliveries, age, parity) and in gestation age, birth weight or presentation at birth. This study shows that a consistent share of elective CS are avoidable and that the obstetrician practices vary considerably, influencing the rate of cesarean section.

HEALTH PROMOTION THROUGH PARTICIPATORY RESEARCH IN POOR COMMUNITIES IN BRAZIL.

Mello, Dalva A. DCS/Univ. Federal of Ceará-Brazil

This article describes experiences in **Health Promotion** based on the premises of **Participatory Research (PR)** which is a qualitative scientific method that stimulates groups and organized social movements in community participation. The basic purpose of **PR** is the construction, acquisition and socialization of knowledge. This process is achieved through the confrontation and negotiation of scientific-technical and popular knowledge, with the purpose of becoming an instrument of social transformation. Our framework has an interdisciplinary approach which takes a holistic view of child health care. We are working with themes recognized by the people as real or felt needs of the community such as: intervention in the transmission of intestinal parasites; diagnosis of water supply and sanitation conditions; mothers' groups and child care; and as a technical consultant for the **Local Health Council**. Education activities are developing during the investigative process, mediated by Freire's pedagogy, which assumes that participants are at the same time Subjects, critics and co-investigators. The results pointed out that **PR** provides good strategies for participants to recognize: involvement and participation in the discussions of community problems; knowledge produced during the work as an important instrument for social transformation; health as quality of life as a key element for community empowerment; and community organization as the political base of power for social control of government projects. (This work is supported by CNPq 500833/92-94, 300518/94-3; Health Sec/Quixadá-Ce and Univ. Federal of Ceará).

U.S. HEALTH CARE EXPENDITURES: INVESTMENT, OR OVERINVESTMENT IN HEALTH?

Andreas Muller, Ph.D., UALR, U.S.A.

Problem: Health economists have suggested that because of large, prior investments, the additional outlay on medical services will contribute less and less to improving the health of the population. Indeed, the United States may have overinvested in health care, in the sense, that the alternate uses of resources (i.e., on education, food, housing, or crime prevention) may produce greater health benefits.

Method and Data: Using dynamic regression analysis for the period 1941-1992, the effects of per capita consumer medical care expenditures (in \$1987) and per capita disposable personal incomes (in \$1987) are estimated on age adjusted (specific) mortality rates. The effect of business cycles is measured by unemployment rates and the net effect of other potentially contaminating factors is captured by autoregressive, or moving average terms. The single equation regression models are specified in first differences and coefficients are estimated by maximum likelihood. The data are taken from the *National Income and Product Accounts (NIPA)* study of the United States and the *National Center for Health Statistics (NCHS)*.

Results: Preliminary estimates, expressed as elasticities, indicate that an increase in medical care expenditures has a contemporaneous, mortality reducing effect (-.18; $t = -2.22$). The effect appears due to investment in medical services other than hospitals and nursing homes. Per capita disposable income appears to effect age adjusted mortality rates negatively, but the effect is not statistically significant (-.14; $t = -1.20$). The medical care expenditure effect may have decreased since 1965 while the effect of per capita disposable income may have increased, but temporal stability tests are inconclusive. The findings imply that reduced expenditures on inpatient care may yield greater longevity in the U.S.

LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA CON LA MUJER EMBARAZADA.

Dulce Maria Mafra Oliveira. Universidad del Sur-oeste de Bahia-Brasil.

La comunicación de la enfermera con la mujer embarazada es de fundamental importancia para el cuidado y salud mental de esa. Este trabajo tiene como objetivo observar la comunicación de la enfermera con la embarazada durante la consulta de enfermería, además de eso objetivase identificar el tipo de comunicación y sus barreras que interfieren para que esa comunicación sea significativa. Fueron entrevistadas 3 enfermeras y 78 embarazadas matriculadas en 2 centros de salud. Los resultados de muestran que la mayor parte de las embarazadas son menores de 20 años, solteras y pobres. Las enfermeras se comunican de forma terapeutica con las embarazadas y las barreras de la comunicación son relacionadas a problemas administrativos. Se concluye que estando la enfermera comunicandose terapéuticamente con la embarazada hay posibilidades de que en estas embarazadas sean disminuidos los riesgos del apareamiento de ansiedad, depresión etc, consecuentemente promoviendo la salud mental de la mujer.

RELATIONSHIPS BETWEEN MALNUTRITION AND SERUM GAMMA-GLUTAMYLTRANSPEPTIDASE (EC 2.3.2.2) AMONG PREGNANT ADOLESCENTS.

Oliveira, Ida M.V.; Fujimori, E.; Lima, A.R.; Castro, V. D. Department of Public Health, School of Nursing, University of São Paulo, Brazil.

Adolescent pregnancies are known to be associated with risk factors such as poor neonatal prognosis and low birthweight. From a nutritional perspective, teenage pregnancy represents an increase to the already great need of nutrients due to both the growing process and the progressive demand of the developing fetus. The usual consequence is a state of increasing maternal malnutrition. However, the nutritional significance of the diet-GGT interactions are far from clear. Thus, the objective of this paper was to verify the nutritional status during the pregnancy of teenagers, correlating body weight, food consumption and GGT serum levels. A sample of 145 teenagers of different gestational ages, attending to a health care center, was studied. Their social status, their sexual behaviour, their reproductive story and their nutritional status were characterized (body mass index and food intake adequacy). Multiple linear regression analysis was used to compare the serum enzyme activity (expressed as natural logarithms) of the subjects who were subdivided according to body mass index and to nutrient consumption adequacy. Although the data demonstrated a relation between both body mass index (or nutrient consumption) and serum GGT activity the present study provided no evidence to support that malnutrition accounts for increased levels of serum GGT in pregnant adolescents.

L'IMPACT SOCIO-SANITAIRE DE LA LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DE L'EXCISION A LA KOSSI.

QUEDRAOGO Boureima de Salam
Chef de Service Provincial de l'Action Sociale et de la Famille de la Kossi/Burkina Faso.

Je voudrais vous présenter les réalités socio-culturelles qui sont à l'origine de la perpétuation de la pratique de l'excision et les stratégies ou moyens mis en oeuvre pour enrayer un tel fléau socio-sanitaire à la Kossi. Il s'agira pour moi d'exposer des aspects de l'excision affectant la santé de la mère et de l'enfant tout en sollicitant la contribution des participants par rapport aux réalités propres de leurs milieux. Ceci permettra d'apprécier l'efficacité des différentes politiques de lutte contre l'excision et d'avoir une vue d'ensemble des approches et difficultés relatives. Ainsi, on obtiendra à la fin de l'exposé un contenu d'échange commun des politiques et expériences pouvant servir aux participants dès leur retour dans les milieux respectifs.

IMPORTANCE OF PSYCHO-SOCIAL FACTORS FOR HEALTH SCIENCES EDUCATION.

EXPERIENCE IN FALCON/VENEZUELA

PRATO VICTOR, UNEFM. CORO, VENEZUELA

In small University in Venezuela, medicine has been taught for 17 years following the O.M.S concept of Health: "It is a complete physical, social and psychological welfare state". From the beginning, the students visit the communities in order to understand their psycho-social reality and the environmental factors affecting people's health. Once they are accepted by the community, they spend 3 years participating in social and environmental actions for the better welfare state of the population. The teaching strategies are: a) The importance of practice before theory, b) The use of small groups for teaching activities, c) Priority given to prevention, d) People considered integrally as bio-psycho-social beings, e) Community participation in all welfare actions, f) Social environmental factors are just as important as physical ones.

LE CARNET DE SANTE DE L'ENFANT.

Prévoit Laurence, Paclot C., Pomarède R.

Ministère du Travail et des Affaires Sociales. FRANCE.

La loi française prévoit la délivrance gratuite d'un carnet de santé à chaque enfant lors de la déclaration de sa naissance. Ce carnet de santé de l'enfant a pour objectif d'améliorer le suivi médical de la croissance et du développement de l'enfant, d'assurer un dépistage précoce des maladies et handicaps (notamment les troubles sensoriels), de contrôler la couverture vaccinale de la population et de constituer un outil de dialogue entre les médecins, l'enfant puis l'adolescent, et sa famille. Le carnet de santé est désormais reconnu et utilisé par tous les professionnels de santé, c'est une occasion unique de toucher de façon exhaustive tous les enfants. C'est un dossier médical confidentiel, exception faite des pages ayant valeur de certificats de vaccination. Le carnet de santé présente les données médicales relatives aux périodes prénatale et néonatale (accouchement, état de l'enfant à sa naissance, examens pratiqués à la maternité...), la surveillance médicale au cours de l'enfance avec des examens approfondis à certains âges-clés. Sont également consignés des courbes de croissance (périmètre crânien, taille, poids, corpulence), les hospitalisations, groupe sanguin, transfusions et examens radiologiques. A la fin du carnet, le calendrier vaccinal est reproduit ainsi que des tableaux pour chaque type de vaccination. Des encarts d'éducation sanitaire, pages d'information et de conseils, sont dispersés dans le carnet de santé : conseils de puériculture, mesures de prévention de la mort subite du nourrisson, dépistage des troubles sensoriels, hygiène bucco-dentaire, problèmes de santé spécifiques aux adolescents, accidents domestiques. Les adolescents sont incités à s'approprier le carnet de santé tenu précédemment par leurs parents et à le mettre à jour.

DETERMINANTS OF ANTENATAL CARE SEEKING BEHAVIOR OF RURAL WOMEN OF BANGLADESH: POLICY IMPLICATIONS

Rahman, Md. Mafizur, Khuda, B. and Mozumder, K. A.
International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh

In Bangladesh, one of the leading causes of maternal mortality is complications related to pregnancy and childbirth. Although there has been significant improvement in the level of maternal mortality in Bangladesh over the last decades, the current level of maternal mortality (4.7 per 1000 live births) is still very high, even by the standard of many developing countries. This study investigates the association of antenatal care seeking behavior of rural women with the socio-economic and demographic factors. The data for this study were collected from 10,368 rural women of reproductive ages in 1994. A logit regression analysis shows positive association of antenatal care seeking behavior of rural women with education, employment and income, and negative association with age. The young, educated, and employed women are more likely to seek antenatal care than older, uneducated, and unemployed women. The poor women are also less likely to seek for antenatal care. Also, some socio-economic and demographic characteristics of the rural women are associated with the types of persons to be consulted for antenatal care. The findings suggest that emphasis be given on information, education and communication (IEC) activities to educate the community, specially the uneducated and poor women, on the need of regular antenatal checkup and safe delivery by qualified health personnel. Female education and employment should also be promoted.

VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LA MUJER. EL CASO DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MEXICO

Ramírez, Juan Carlos, Vargas, P.N. PIEGE/INESER,
Universidad de Guadalajara, México.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación e intervención sobre la violencia doméstica contra la mujer. Uno de sus objetivos es identificar la magnitud de la violencia doméstica contra la mujer y sus repercusiones en la salud física y emocional de las mujeres violentadas, en la zona metropolitana de Guadalajara, México. Se aplicó entre los meses de noviembre y diciembre de 1995, una encuesta a una muestra de 650 mujeres de 15 años y más, alguna vez unidas residentes de la zona metropolitana de Guadalajara, seleccionadas en forma aleatoria y representativa. La encuesta incluyó las siguientes secciones: 1. Sociodemográfica, 2. Salud Reproductiva, 3. Violencia, 4. Demanda de servicios por las mujeres violentadas. Entre los hallazgos preliminares más sobresalientes destaca que aproximadamente el 45% de las entrevistadas sufren algún tipo de violencia (emocional, física, sexual) por parte de su pareja. Entre las repercusiones en la salud de las mujeres se encuentran traumatismos de diversa índole, algunos de ellos ponen en peligro la vida de la mujer como son los abortos postepisodio de violencia. Además se detecta una ocurrencia elevada de infecciones genitales y alteraciones emocionales. Al parecer existe una relación entre la presencia de la violencia doméstica contra la mujer con los contextos de inequidad intergeneracional.

POLITICAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN COLOMBIA

Rosselli, Diego; Tafur, Francisco. Consejo Nacional de Cigarrillo y Salud (Conalci) y Ministerio de Salud de Colombia.

Se calcula que en Colombia 26% de los mayores de 15 años (35% de los hombres y 19% de las mujeres) son fumadores. El hábito de fumar es responsable de unas 20,000 muertes cada año, y su impacto sobre la salud, en 1990, se estimó en más de 30 millones de dólares. Por este motivo el Consejo Nacional de Cigarrillo y Salud, con el apoyo del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología y la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, ha promovido las siguientes políticas con el objetivo general de disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas al tabaquismo, con énfasis en los individuos menores de 25 años y las mujeres embarazadas: a) Aumentar la proporción de niños y adolescentes que conocen los efectos nocivos del tabaco. b) Convertir el fumar en una conducta socialmente inapropiada. c) Constituir grupos antitabáquicos organizados. d) Proponer legislación que limite el consumo, la venta y la publicidad al cigarrillo y que aumente el impuesto del consumo. e) Comprometer a la clase política en la lucha antitabáquica. Se presentarán los resultados de estas acciones y las dificultades enfrentadas, haciendo una comparación con el contexto latinoamericano.

DISCAPACIDAD Y REHABILITACION, PERSPECTIVAS EN EL CONURBANO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Oswaldo Ruiz, Engardt P. Hospital Posadas. Bs. As. Argentina.

En la República Argentina existe legislación sobre los derechos de las personas discapacitadas. Estos derechos, independientemente de la condición social, incluyen las terapias de rehabilitación. A su vez la pobreza y la desocupación han crecido en los últimos años alcanzando límites históricos. Se evaluó mediante registros estadísticos oficiales y de sociedades científicas, la población global de 19 municipios de la Provincia de Bs. As. en cuanto a su condición social, cobertura médica, cantidad de discapacitados, y centros de atención pública específicos. Pese a los esfuerzos de la legislación vigente la atención a los discapacitados es deficiente, esto se vería agravado, si los mismos pertenecen a las capas sociales más bajas; dependiendo estos últimos exclusivamente del hospital público y gratuito. Ya que la tendencia actual es modificar el sistema hasta llegar al arancelamiento hospitalario, se propone adoptar la Rehabilitación de Base Comunitaria (R.B.C.) dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (A.P.S.).

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE MADRID

M Sanchez Bayle, ML Fernandez Ruiz. Grupo de Trabajo sobre FRC. Hospital del Niño Jesus. Madrid. España.

Para evaluar la presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRC) en niños y adolescentes de la ciudad de Madrid (España), se han estudiado un total de 4,863 niños y adolescentes (2,129 mujeres y 2,734 hombres). De ellos el 15,60% presentaban hipercolesterolemia y el 17,29% tenían antecedentes de FRC en primer grado. Un 2,98% presentaron cifras de tensión arterial elevadas, siendo mas frecuente entre los mayores de 14 años y los hombres, y se encontro obesidad en el 10,38% de los sujetos. Seguian una dieta inadecuada el 8,65% de los estudiados. Practicaban deporte un 65% del total (60% de las mujeres y 80% de los hombres), siendo mas frecuente esta practica en los hijos de padres con estudios universitarios. Un 15% de los mayores de 13 años, y un 80% de los mayores de 17 consumian alcohol. Fumaban el 16% de los hombres y el 20% de las mujeres de mas de 14 años.

En conclusion en nuestro estudio se ha encontrado una elevada prevalencia de FRC en niños y adolescentes, muchos de ellos prevenibles con una adecuada educacion para la salud.

CONDICIONES DE VIDA DE COMUNIDADES URBANO-MARGINALES Y SALUD.

José Maximiliano Henrique, Sandoval. Universidad del Sur-oeste de Bahia. Brasil.

El reconocimiento de que la salud es el resultado de las condiciones de vida, a que las personas estan submetidas fue la proposicion que fundamentó este trabajo que tiene como objetivos utilizar los principios de la etnoepidemiologia para la realización del diagnostico de salud de comunidades urbano-marginales en una ciudad de Bahia-Brasil. La metodologia es la etnoepidemiologia que basease en los significados que las condiciones de vida tienen en las formas culturales de luchar y vivir de las personas que viven en comunidades urbano-marginales. Fueron entrevistadas 216 personas. Los resultados demuestran que el principal aspecto que determina el modo de vivir de esas personas es mediado por los medios de comunicacion de masa, principalmente la television, pues esta es tenida como alguien que enseña a cuidar de la salud. De alli destacar la importancia que esas medios tienen para la salud de esas personas.

AUTONOMIA E INCAPACIDAD DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO DE MEDICO DE FAMILIA.

Xiomara Santana Garcia. ISCM, Santiago de Cuba, Cuba.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en 93 ancianos atendidos en el Consultorio Médico de la Familia "El Batey", Municipio Palma Soriano, en el período comprendido del 1ro. de Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1992, con el objetivo de conocer la autonomía e incapacidad de la población anciana y sus causas más frecuentes. Para recoger el dato primario se confeccionó una planilla de encuesta, plasmándose las diferentes variables de interés y evaluándose de forma integral a nuestros pacientes. El dato se obtuvo a través de la entrevista directa en sus domicilios y se procesó posteriormente por medio de una calculadora manual reflejándose los resultados en Cuadros y Gráficos confeccionados al respecto, concluyéndose que el mayor número de nuestros ancianos (73, para el 78.49 %) fueron autónomos, fundamentalmente los del sexo masculino (39, para el 53.42% y grupo etáreo de 60-69 años (41, para el 89.13 %). Del total de pacientes, solo un pequeño número no estaba incapacitado (20, para el 21.50 %), predominando las incapacidades físicas (73, para el 78.49 %) y siendo la Hipertensión Arterial, seguida de los tumores, las limitaciones sociales y pérdida de roles como factor de riesgo las causas más frecuentes.

CONTEXTE HOSPITALIER ET ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ DES FEMMES DÉFAVORISÉES.

Séguin Louise, MD, MPH, FRCPC.,
Goulet L., MD, PhD., FRCPC., Frolich C., B.Sc.
Département de Médecine Sociale et Préventive et GRIS,
Université de Montréal, Canada

Dans les pays industrialisés, les femmes défavorisées ont les taux d'allaitement maternel (A.M.) les plus faibles bien que leurs enfants pourraient souvent en bénéficier le plus. Les pratiques hospitalières peuvent influencer le début de l'A.M. ainsi que le reconnaissent l'OMS et le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance qui ont établi les dix conditions (hospitalières) pour le succès de l'A.M. Dans cette communication, les conditions qu'ont connues des mères défavorisées durant leur séjour hospitalier en post-partum seront comparées selon qu'elles ont commencé à allaiter ou à offrir le biberon à leur nouveau-né. Ces données proviennent d'entrevues par questionnaire auprès de 269 mères n'ayant pas plus de 11 années de scolarité dont 106 ont commencé à allaiter et 163 à offrir le biberon. Le recrutement s'est effectué dans 4 centres hospitaliers de la région de Montréal et les entrevues ont été réalisées à l'hôpital par l'assistante de recherche entre le 2e et le 3e jour post-partum. Le soutien du personnel infirmier et médical, la reconnaissance par le personnel du désir d'allaiter des mères avant l'accouchement, le moment du premier boire, la cohabitation mère-enfant, l'horaire fixe ou à la demande des boires et l'usage de compléments seront particulièrement examinés.

ASSOCIACIÓN TUBERCULOSIS/AIDS: PERFIL DE LOS CASOS EN EL CENTRO DE REFERENCIA EN SÃO PAULO, BRASIL, 1988-1995.

Takahashi, Renata.F.; Shima, H.; Nichiata, L.Y.I. Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.

El presente trabajo retrata la evolución de los casos de tuberculosis y AIDS asistidos en el Instituto Clemente Ferreira, centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares en Estado de São Paulo, Brasil, caracterizando el perfil de su clientela. Observó un aumento progresivo del número de casos durante los 8 años a partir de la primera notificación en 1988, totalizando 229 personas hasta diciembre de 1995. El análisis de las fichas de notificación e de los prontuarios reveló que la mayor parte son adultos jóvenes, sexo masculino, solteros, nacidos en Estado de São Paulo o nele vivientes por más de 10 años. La mayor parte ya conocía su condición de portador del virus HIV en la ocasión de lo diagnóstico de la tuberculosis. La forma más frecuente de la tuberculosis es la pulmonar. Viene después las formas ganglionar y pleural. Dentre los motivos de la alta, se destacan el abandono del tratamiento y las muertes que, juntas, superan las curas. El aumento del número de casos de AIDS en los cuales la tuberculosis se manifiesta como enfermedad oportunista y las altas cifras de abandono del tratamiento de la tuberculosis en estos casos, empezán a repercutir sobre el perfil epidemiológico de la tuberculosis. Sus efectos también se farán sentir en la evolución del síndrome, demandando intervenciones diferenciadas para su control.

MODIFICATIONS DES RELATIONS DE FRATRIE LORS DE TRANSITIONS FAMILIALES

SIMARD, Marie, BEAUDRY, M., DRAPEAU, S., CHARBONNEAU, C. Équipe "Jeunes Et Familles En Transition", C.R.S.C., Université Laval, Canada,

Les travaux de plusieurs chercheurs (Bank et Kahn, 1976, 1982; Freud et Dann, 1951; Goetting, 1986) ont permis de constater que les liens de fratrie peuvent représenter pour les enfants des lieux d'entraide et de soutien. Toutefois, peu de travaux ont été consacrés à l'étude des changements qui surviennent au sein de la fratrie lors de transitions familiales. On sait que les transitions comme la séparation parentale ou le placement d'enfants en ressource d'accueil constituent des moments de tension et de fragilité auxquels sont soumis les enfants et du même coup leurs relations de fratrie. Lors de ces transitions, le maintien des liens de fratrie peut constituer un facteur de protection pour l'enfant sur le plan de son ajustement. À plus long terme, c'est à travers cette continuité des liens que l'enfant retrouvera des éléments de stabilité et de cohérence nécessaires à son développement. L'objectif de cette recherche est de décrire les modifications qui surviennent dans les relations entre les enfants d'une même fratrie suite à une transition familiale. Pour chaque cellule familiale consultée, un questionnaire portant sur les relations fraternelles et leurs modifications suite à une transition familiale a été complété par un intervenant social pour le volet placement (n=150) et par un parent pour le volet séparation parentale (n=125). L'affiche présentera des résultats préliminaires sur: la composition familiale (taille de la fratrie, genre des enfants, fréquence des contacts entre les membres de la fratrie), la qualité des relations entre les enfants d'une même fratrie ainsi que sur l'ampleur des modifications survenues dans ces relations suite à une transition. Nous comparerons les résultats selon le type de transition familiale (placement/séparation parentale) et selon le type de configuration de la fratrie (séparée/intacte). La discussion visera à mettre en relief les facteurs associés aux changements observés dans la fratrie en lien avec les services à l'enfance.

LA SANTE DES ADOLESCENTS EN ALGERIE: ETUDES DANS LA REGION DE SIDI-BEL-ABBES.

Soulimane, Abdelkrim* Deschamps, J.P.**, Bradai, S.*
Bon, N; **. *CHU Sidi-Bel-Abbes, Algérie. **Centre Collaborateur Santé des Jeunes, Nancy, France.

Depuis 1980, des études sont menées dans la région de Sidi-Bel-Abbes sur la santé des adolescents. Ceux-ci constituent le quart de la population, mais ne sont pas considérés comme un groupe prioritaire en matière de santé. Les recherches réalisées portent sur la mortalité, la morbidité générale et hospitalière, la santé perçue, les accidents et le recours aux soins. La pathologie ambulatoire est dominée par les maladies infectieuses et les traumatismes; les grossesses sont fréquentes. Les conduites de prise de risque, les tentatives de suicide et la toxicomanie apparaissent peu fréquents par rapport à la situation observée en Europe et notamment en France. Parallèlement à ces études, et sur la base de leurs résultats, un programme quadriennal de promotion de la santé des adolescents a été mis en place, sans qu'il soit pour l'instant possible de faire participer les jeunes directement. C'est l'objectif fondamental du programme pour les prochaines années.

**SOBREMORTALIDAD MASCULINA A EDAD TEMPRANA
ABORDAJE DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE
LOS VARONES DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO**

Tajer, Débora. Univ. de Buenos Aires, Argentina

Tradicionalmente la perspectiva de género ha colaborado al entendimiento del proceso S-E de las mujeres en tanto colectivo social. Recientemente ha aparecido la tendencia a poder utilizar dichos aportes en la construcción de los perfiles epidemiológicos relacionados con la particular experiencia que implica ser varón y las expectativas que esto conlleva en nuestras sociedades.

Esta investigación indaga acerca de la impotencia explicativa de la relación existente entre la adquisición de la identidad de género y la incidencia diferencial de las enfermedades cardiovasculares inscribiéndose dentro de las corrientes que relacionan condiciones de vida con la incidencia de esta patología. Estudia como la conformación "tradicional" de la identidad de género masculino operaría como factor de riesgo en relación con uno de los primeros causales a partir de los 35 años del fenómeno de sobremortalidad masculina a edad temprana.

Es interés de esta investigación en curso continuar indagando como el proceso de reconversión y el aumento del desempleo en nuestro país ha impactado en los perfiles de morbi-mortalidad masculina por esta causa.

**PROMOTING BREAST AND CERVICAL CANCER
SCREENING IN A COMMUNITY OF NEW IMMIGRANTS:
A DEMONSTRATION PROJECT FOR VIETNAMESE
WOMEN**

Tosomeen, Ann, Marquez, M., Kottke, T.
Mayo Medical Center, Rochester, MN USA

Studies indicate that minority women tend to underutilized preventive services, particularly breast and cervical cancer screening. This presentation describes an intervention designed to: identify barriers to accessing preventive services by a non-English speaking population; provide health education and cancer screening to adult Vietnamese women. The demonstration project contained two components: 12 community meetings held in the evenings at a public school and 8 clinical screenings providing clinical breast examinations, mammograms, and Pap smears. Each meeting included a group dialogue addressing access barriers, a video and discussion on cancer risk factors and a demonstration of self breast examination. This demonstration project was designed to be culturally sensitive for a specific language group. The participants considered the meetings a safe environment to discuss intimate health concerns of women and difficulties for new immigrants to access care. The participants who came with fear and reluctance, left with appreciation and new knowledge. Of the 205 Vietnamese women contacted, 44% were able to participate in community meetings. The average age was 37. The barriers identified included the inability to speak English, lack of female translators, embarrassment with male doctors, fear of the examination, cost and transportation. The comparison of a pre and posttest reflected positive changes in attitudes about cancer screening. The authors advocate that partnerships between health care systems, schools and social services be established to develop culturally sensitive programs to increase accessibility and utilization of preventive services by minority populations.

**¿QUE DICEN LAS MUJERES SOBRE SU SALUD
REPRODUCTIVA?: TALLERES CON ENFOQUE DE GENERO.**

Uribe, Griselda, Gutiérrez, N. C. PIEGE/INER U. de
Guadalajara, México

Se presenta la experiencia de talleres desarrollados en una zona urbana y semi-rural de México, cuyos objetivos fueron: 1. Dar continuidad al trabajo desarrollado en relación con la problemática de salud de la mujer, 2. responder a una demanda concreta de las mujeres participantes en anteriores investigaciones de corte epidemiológico acerca de contar con un espacio y un tiempo para la reflexión y la discusión de su problemática, partiendo de sus conocimientos sobre la salud reproductiva, 3. Identificar y construir alternativas que incidan positivamente en su salud reproductiva como producto de las reflexiones y discusiones originadas dentro de los talleres. Si bien la temática abordada en las sesiones estuvo estructurada con base en los intereses de las mujeres participantes, los ejes temáticos centrales fueron: conocimiento corporal, estereotipos genéricos, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, servicios de salud y momentos de conflicto. Los talleres se efectuaron de febrero a noviembre de 1995, en la colonia popular se contó con la asistencia permanente de 12 mujeres. En la zona semi-rural la asistencia y participación fue sumamente irregular. El trabajo implicó un esfuerzo para generar la participación, discusión y reflexión de las participantes debido en gran medida a la autopercepción de dichas mujeres de su aparente desconocimiento, que fue superado en gran medida por el interés y necesidad de hablar sobre situaciones individuales concretas. Actualmente se están transcribiendo las sesiones que fueron grabadas, que será material para en análisis y la elaboración de un cuaderno metodológico.

**STRESS ET ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL RELIÉS À
L'INTERVENTION EN MILIEU COMMUNAUTAIRE.**

Vanier, Carole, Fortin, D., LAREHS, UQAM, Canada.

Au Québec, divers organismes dispensent des services dans la communauté aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces ressources diffèrent quant à leur origine, aux conditions d'accès aux services, à la composition du conseil d'administration, au personnel et au type de gestion. Ces caractéristiques permettent de dégager une typologie des organismes. D'autre part, des facteurs de stress liés au contexte de travail peuvent influencer la santé psychologique des intervenants. Ces facteurs pourraient se distribuer différemment, selon les milieux de pratique. Le premier objectif de la présente étude est d'évaluer la différence dans l'épuisement professionnel et le bien-être psychologique entre les intervenants communautaires, en fonction du type d'organisme où ils travaillent. Le second objectif vise à comparer les types d'organismes par rapport aux facteurs susceptibles d'exercer un impact sur la santé psychologique des intervenants. L'étude par questionnaire a été réalisée auprès de 190 intervenants communautaires en santé mentale, représentant 36 organismes de la région de Montréal. Les données recueillies à l'aide d'instruments validés portent sur des facteurs liés à la tâche, des facteurs organisationnels, l'épuisement professionnel et le bien-être psychologique. Les analyses de variance multivariée et univariée révèlent des différences significatives entre les groupes d'intervenants sur des caractéristiques socio-démographiques et sur le niveau d'épuisement professionnel. De plus, des différences significatives dans la distribution des facteurs de stress selon le type d'organisme apparaissent pour la surcharge de travail et le temps consacré à des tâches administratives. Ces différences suggèrent que la vulnérabilité des intervenants au stress et à l'épuisement varie selon leur milieu de pratique.

DURATION OF BREASTFEEDING AND SOCIAL STATUS IN GUADALAJARA, MEXICO.

Vega-Lopez, Maria G; Gonzalez-Perez, G. University of Guadalajara, Mexico.

To investigate breast-feeding patterns by social status (SS), and to identify maternal factors associated with early weaning in mothers covered by the Mexican Social Security Institute, a survey was conducted in the city of Guadalajara, Mexico, in 1992-93. For this purpose a multistage probabilistic sample of live-born infants in this area was selected. A total of 1117 mothers were interviewed. Life table analysis was used, and a new indicator, "months of potential breastfeeding lost" (MPBL) was calculated, for evaluating the duration of breastfeeding. Three social status were created for data analysis. Logistic regression models were used to estimated odds ratios (OR), with 95% confidence intervals (CI). The breastfeeding expectancy at birth is relatively low, 3.4 months, and there are not significative differences between SS; however, the MPBL of the lowest SS (1.8), was evidently greater than the MPBL of the highest SS (1.5). Almost 30% of the children were breast-fed for less than one month- 35% in the lowest SS, 23% in the highest SS-. In the multivariate analysis, three risk factors were associated statistically with early weaning: birth order 1 (OR= 1.6; CI= 1.2-2.1), "unmarried" mothers (OR= 1.7; CI= 1.1-2.4), and mother's work outside the home (OR=1.4; CI= 1.1-1.9). The results underscore the importance of reducing the effect of these risk factors to decrease early weaning, in particular in lowest SS, and to raise the breast-feeding expectancy at birth in the population studied.

MATERNAL FACTORS ASSOCIATED TO INFANT DEVELOPMENT IN GUADALAJARA, MEXICO.

Vega-Lopez, Maria G; Gonzalez-Perez, G; Valle, A; Muñoz, A. University of Guadalajara, Mexico.

To identify maternal factors associated with retards in neuromotor development during the first year of life in population covered by the Mexican Social Security Institute in the city of Guadalajara, Mexico, in 1992-93, a multistage probabilistic sample of live-born infants in this area was selected. The sample size was 831; mothers were interviewed, and the Denver Test was used to evaluate the infant neuromotor development. Logistic regression models were used to estimated odds ratios (OR), with 95% confidence intervals (CI); several regression models were constructed for the purpose of selecting the one best fitting the data. The models were validated by means of the goodness of fit test of Hosmer and Lemeshow, estimating the statistics H^* and C^* . Almost 7% of the children presented retards in neuromotor development during the first year of life; in the multivariate analysis, four risk factors were associated statistically with this problem: social status -low- (OR= 1.97; CI= 1.2-3.3), delivery problems (OR= 1.99; CI= 1.2- 3.4), low birth weight (OR= 3.12; 1.3- 7.4) and that the mother had not been attended by physicians during the pregnancy (OR=4.75; CI= 1.7-13.1). In presence of all these risk factors, a child had a very high probability to present retard in its neuromotor development. The results show the importance of reducing the effect of these risk factors to limit the retards in neuromotor development in the first year of life. In this aspect, the prenatal care has an essential role.

PLANNING OF THE HIS FOR THE NEW HOSPITAL OF MODENA

Garagnani Massimo, Venturi S. Hospitals of Modena, Italy

The development and dissemination of the biomedical technologies in the hospitals have provoked an enormous increase of patients' clinical data. Consequently, the need for a global integration of all the data produced by the many biomedical equipments is today highly felt. The planning of the Hospital Information System (HIS) for a new hospital is a unique opportunity to undertake a radical restructuring of the organization of the health and support activities inside the hospital, as well as the usage modalities and of the exchange of information. The goal of this paper is to define the most significant HIS elements for the new hospital of Modena Italy. The HIS has been planned as a distributed tool for an interactive, unitary and efficient support to the hospital activities, in order to increase the productivity of the data yielded by the technologies. A powerful telematic infrastructure has been defined. A 3-level hierarchy for the network support has been considered, including a central Gigabit/s level, a fast distribution at a speed of 100Mb/s (FDDI protocol) and a general-purpose distribution at 10Mb/s (Ethernet protocol). All the HIS has been designed as an open system, according to the ISO/OSI standards, at all seven levels. The physical infrastructure has been planned in order to be very flexible to future topological changes. Particular case has been devoted to the design of the computerized medical record, as a multi-medical tool integrates all clinical data about a patient produced in the hospital, able also to furnish full information for the optimal management of the hospital.

FEMMES IMMIGRANTES, GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT: PERCEPTIONS DES INTERVENANTES EN MILIEU HOSPITALIER.

Verrier Pierre, Lévy J., Dupuis-Godin, M., Saucier J., Hôpital du sacré-cœur et Saint-Luc, U. du Québec à Montréal, Hôpital du sacré-cœur et U. de Montréal.

La diversité des groupes ethniques et la multiplicité des référents culturels dans le contexte montréalais ne sont pas sans poser des problèmes d'intervention en milieu de la santé, en particulier lorsque ceux-ci touchent la grossesse et l'accouchement parmi les femmes immigrantes ou réfugiées. Comme l'ont montré des études anthropologiques, de nombreuses tensions à la fois d'ordre physiologique, psychologique et socioculturelle entourent ces événements qui affectent la mère et l'enfant, tout comme le couple et le milieu familial, surtout dans le contexte de l'immigration. Les modèles médicaux dominants peuvent alors être confrontés à des conceptions socioculturelles et complexifier les interventions. Dans le contexte québécois, ces questions n'ont pas donné lieu à de nombreuses études. Afin de cerner les perceptions des intervenantes en milieu hospitalier quant à ces questions, près d'une soixantaine d'infirmières de deux hôpitaux de Montréal ont répondu à un questionnaire sur l'intervention auprès des femmes immigrantes et les problèmes médicaux et psycho-sociaux rencontrés lors de la phase prénatale, de l'accouchement et de la période postnatale. Les résultats indiquent que leur acuité varie selon la phase considérée, le groupe ethnique et le support du réseau social. De plus, les répondantes font état de leur manque de formation dans le domaine interculturel, même si des accommodations institutionnelles issues des pratiques ponctuelles permettent d'atténuer les problèmes rencontrés.

LA SALUD DE LA MUJER: CONCEPCIONES Y PRACTICAS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD.

Alba Benemerita Alves Vilela. Universidad del Sur-oeste de Bahía-Brasil.

Las pautas sobre la salud de la mujer son consideradas actualmente de mucha importancia para su estudio. Partiendo de esa afirmación este trabajo tiene como objetivos identificar cual es la concepción que trabajadores de salud tienen sobre la salud de la mujer, bien como, identificar que actividades son realizadas junto a la mujer y como esos trabajadores entienden su trabajo con las mismas. Fueron entrevistados 15 trabajadores. El trayecto metodológico consiste en la observación del trabajo con la mujer en 3 centros de salud y la realización de entrevistas. Los resultados demuestran una concepción integral de la salud de la mujer; hay predominio de las actividades relacionadas al embarazo y los trabajadores se sienten felices al trabajar con la mujer. Todavía es necesario la incorporación de una política de capacitación de recursos humanos para actuar junto a la mujer de forma mas efectiva.

SOMATIZATION AND TRAUMA: INTER-ETHNIC DIFFERENCES IN PRIMARY CARE

Waitzkin, Howard, Holman, E.A., Silver, R.C., Castillo, R., Villaseñor, Y.R. University of California, Irvine, U.S.A.

This study examined inter-ethnic differences in somatization among four ethnic subgroups (Central American immigrants, Mexican immigrants, U.S. born Latinos, and U.S. born non-Latinos) in a primary care setting. New patients seeking primary care services from a southern California community clinic were given a structured interview that included sections from the Composite International Diagnostic Interview Version 1 (CIDI). Respondents were classified as somatizers using Escobar's abridged somatization construct, which requires four somatic symptoms for men and six for women. Central Americans exhibited more somatoform symptoms ($F=6.11$, $df=3,1453$, $p<.001$), and a higher rate of abridged somatization than any other ethnic subgroup ($X^2=10.71$, $df=3$, $p<.01$). Logistic regression analysis indicated that age, ethnicity, and number of traumatic stressors were associated with abridged somatization ($X^2=64.69$, $df=7$, $p<.001$). Among Central American and Mexican immigrants, years of completed education (odds ratio .95) and war-related trauma as an adult (odds ratio 2.88) were significant predictors of abridged somatization. These findings suggest that somatization differs across ethnic groups, that Central Americans have a higher rate than other Latino and non-Latino patients, and that prior traumatic stress may be an important predictor of somatization in primary care settings.

AIDS EPIDEMIOLOGY: THE INFORMATION EMBEZZLEMENT

Nichiata, Lucia Y.I., Shima, H. São Paulo, Brasil. School of Nursing, São Paulo University.

It's impossible to deny the role AIDS plays in the present configuration of morbidity and mortality profiles in Brazil. Governmental actions and interventions to its control are based on the knowledge generated from the analysis of the notified cases to the health surveillance system. Nevertheless, the existing AIDS Informational System has promoted obstacles to the epidemic characterization, besides its systematic follow-up by the local levels. As a result problems had occurred in identify its behaviour and spatial distribution according to the social and demographic characteristics. This process has restrained prevention and control actions that would be directed to ward the local reality. The present study aims to describe AIDS behaviour and distribution in a region of São Paulo City to support the transformation actions of prevention and control. Its objectives were: to estimate AIDS dimension and to measure its evolution and the population target profile; to identify the limitations of the present Information System in the characterization of the epidemic and to confront the local actions of prevention and control with the local reality. The data analysis emphasizes the importance of the existence of a Information System, efficient and adequated enough, to identify the determinants of the epidemic behaviour, as well as its local characterization, thus enabling that the Programs anchor themselves in the real social needs.

AFFICHES / POSTERS / CARTELES

THÈME / THEME / TEMA

B

Les ressources pour les soins de santé

Resources for Health Care

Recursos del sistema sanitario

LE DEFI DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE : CONNAISSANCES, HABILITÉS ET MÉTHODE AU SERVICE DE L'INTERVENTION

Bourdon, Marie-Andrée; U. de Montréal, Canada.

Sous le thème «La formation des professionnels de la santé», cette communication affichée a pour objectif de présenter le Certificat en santé communautaire de l'Université de Montréal*, de même que les nouveaux modules de perfectionnement spécifique qui lui sont rattachés. Reconnus officiellement par les principaux organismes de santé communautaire au Québec, le programme de Certificat et les modules mettent l'accent sur les enjeux des prochaines années en matière de formation et de perfectionnement dans le domaine de la santé communautaire, notamment au chapitre des thèmes abordés dans le cadre de la présente conférence. Il y est ainsi question de promotion et de la prévention des maladies dans une perspective communautaire; des systèmes de santé; des enjeux des Centres communautaires de santé; de l'identification des clientèles et de leurs besoins découlant de problématiques qui leur sont propres, dans une optique centrée sur la personne, la famille et la communauté; des stratégies d'intervention, notamment au chapitre des nouveaux services et des nouvelles approches touchant des clientèles spécifiques. Par ailleurs, il s'agira de présenter les nouvelles formules d'enseignement offrant la possibilité d'un perfectionnement à court terme (6 à 15 cr.), et portant sur des problématiques en émergence, notamment «la santé et la multiethnicité». En dernier lieu, seront présentés les cours du programme offerts en enseignement à distance, une formule souple permettant de rejoindre un auditoire réparti sur un vaste territoire.

EL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN BRASIL

María Alicia Domínguez Ugá

Este documento presenta, de forma sucinta, el sistema de financiamiento del sector Salud en Brasil. En ese sentido:

- a) se describen las principales características del sector -particularmente los elementos político-institucionales que determinan su actual diseño y operación;
- b) se presentan las principales fuentes de recursos que lo financian, según subsector (público o privado) y esfera gubernamental (federal, estadual o municipal) y se discute el sistema que regula las transferencias financieras entre las tres esferas gubernamentales en el ámbito del sector Salud;
- c) finalmente, se presentan sumariamente las perspectivas del financiamiento sectorial brasileño y sus principales disyuntivas.

STUDENT INTEREST IN A MASTERS OF PUBLIC HEALTH

Fisher, William P. Jr., Allen SH, Nitzkin J, Roberts E, Marier RM
LSU Medical Center-New Orleans, Louisiana, USA

Objectives. Planning for a new Masters of Public Health (MPH) degree requires some gauge of course and degree interest among students. We devised an instrument for measuring this interest, gathered data, evaluated fit of the data to a model expressing our measurement intentions, and studied variation in the measures across students. **Methodology.** The method of summated ratings usually applied to rating scale data does not test the hypothesis that the variable is quantitative, though scores are treated as quantities. To provide a firmer inferential basis as to the probable success of MPH course offerings, we tested the quantitative hypothesis via Rasch analysis. First- and second-year medical, dental, and nursing students (n=308) rated their interest in 21 course topics in one of five categories, with the lowest expressing no interest, and the highest, sufficient interest to enroll. Interest in an MPH was rated in a 22d item. **Results.** Measurement reliability (Cronbach's alpha) was .89, and item calibration reliability was .97. Data-model fit for the measures and calibrations, indicated by standard deviations of the mean square statistics of less than 0.7 (given this sample size), were 0.6 and 0.2, respectively. No statistically significant differences in measures by sex, school, year, or preferred track were found. Twenty-four students (8%) showed interest in an MPH; 124 students are interested in taking at least three courses. **Discussion.** Statistically consistent item order defines the construct as extending from courses of most to least interest. The most interesting courses involve preventive medicine, health law and ethics, computers, communicable diseases, and managed care. Least interest was in biostatistics, research methods, human resource management, program evaluation, and marketing. **Conclusion.** MPH course interest is measured quantitatively and the results indicate which course offerings should be aggressively pursued.

LA NUTRITION EN QUESTION : RÉFLEXION SUR LE SAVOIR ET LA PROFESSIONNALISATION DU SECTEUR (BRÉSIL)

Magalhães Bosi, Maria Lúcia. Universidad Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Cette étude a pour objectif d'analyser le savoir qui fonde l'exercice professionnel d'une catégorie spécifique : les nutritionnistes, en évaluant le rôle que tient la connaissance dans la professionnalisation du groupe; simultanément, elle cherche à montrer l'impact de la question sur le plan du travail et sur la politique de ressources humaines dans ce secteur. Dans un premier temps, la place de la connaissance dans le processus de professionnalisation est discutée de façon à justifier l'importance attribuée à la dimension du savoir dans le cadre de cette analyse. Ensuite est examinée la base cognitive de la Nutrition, en utilisant un modèle construit à partir de la discussion de divers auteurs de la Sociologie des professions. Au travers d'une étude de cas, le programme des cours de formation de nutritionnistes est évalué en le comparant à celui de ses principaux concurrents sur le marché. Plusieurs problèmes sont ainsi identifiés, qui renforcent la thèse d'après laquelle le savoir du nutritionniste représente un obstacle important à la conquête de l'autonomie technique et, par conséquent, à la professionnalisation de cette catégorie de travailleurs dans le contexte professionnel analysé.

CONNAISSANCES, AUTONOMIE ET PROFESSIONNALISATION: UN DIALOGUE AVEC LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS

Auteur: Maria Lúcia Magalhães Bosi

Institution: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Le présent travail, d'orientation éminemment théorique, analyse l'interrelation entre savoir et professionnalisation, à partir des abords du thème dans la littérature de la Sociologie des professions. Les pré-supposés des principaux auteurs dans ce champ de connaissance mettent en évidence l'importance de la dimension cognitive dans le processus de professionnalisation. Le contrôle sur une partie déterminée du savoir se révèle un élément essentiel à la construction de l'identité et au maintien du "statut" de profession. Ce concept (profession) est discuté, dans le but d'établir quelques paramètres fondamentaux pour l'analyse de divers postes de travail et professions dans des situations concrètes, et de proposer un modèle pour l'examen de la base cognitive, fondé sur les différentes propositions discutées.

EDUCATION AND NUTRITIONAL EDUCATION: THE STUDENT'S SPEECH

Martins, Cláudia S.F., RD¹; Marins, Vânia, M.R., RD²; Struchiner, Mirian, Ph.D³; Pereira, Gilza S., RD, M.S³

¹ Un. Salgado de Oliveira ² Un. Fed. Fluminense ³ Un. Fed. R. Janeiro

We find different ways to understanding Nutritional Education in Nutrition Colleges. A traditional view that aims to get rid of the ignorance, adjusting the persons to society, changing Education to something objective and practical. A critical Nutritional Education, must be part of a political compromise to set science serving to less favorable social class strengthening.

We try to analyze the Nutrition College students' speeches on Education and Nutritional Education concepts, just as their expectation about the practical application of acquired knowledge. Information was obtained through semi-structured interviews with two 5-student group, that haven't attended the Nutritional Education classes. One group was from a public and costless university, in Rio de Janeiro and a private and non costless university, in the surroundings of this city. We analyzed and compared the perceptions of the two groups, considering differences in sociocultural backgrounds and life experiences.

The speeches analysis showed a difference between the groups, in the public university students' statements, more elaborated than the others. However, the students of both group agreed in conceptualizing Nutritional Education as a simple transmission of correct notions about healthy feeding, changing alimentary habits, showing that the realm speech stay based upon traditional models. Both groups believed that Nutritional Education practices unfold all areas of Nutrition science.

There is an urgent necessity to change our common way of thinking Nutritional Education. It is necessary rebuilt the students' Education concepts, in order to send the Health and Nutritional Education practices to a more critical position in their relation with the community and society.

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA

M Sanchez Bayle, M L. Fernandez Ruiz.
Federacion de Asociaciones para la
Defensa de la Sanidad Publica. Madrid
España.

La situacion de los profesionales de la salud en España, en terminos generales, puede caracterizarse por: 1) Elevado numero de medicos (3,5/1000 habitantes), con un predominio de los sectores mas jovenes y un creciente peso de mujeres (el 32%); 2) Insuficiente numero de profesionales de enfermeria (3,9/1000 habitantes, con una relacion enfermera/medico de 1,09); 3) Falta de acceso a la formacion postgraduada de un numero muy importante de medicos (hay unos 20.000 medicos sin formacion) que condiciona su situacion de paro; 4) No desarrollo de las especialidades ni de la licenciatura de enfermeria; 5) Inexistencia de una formacion continuada regulada para todos los profesionales sanitarios; 6) Carencia de formacion especifica en gestion sanitaria; 7) Inexistencia de Facultades de Ciencias de la Salud que permitan un enfoque multidisciplinar e integrador de los distintos profesionales de la salud; y 8) Curriculum pre-grado con un enfoque fundamentalmente asistencial que olvida los planteamientos de salud.

Los resultados son que se producen deficiencias importantes en las atenciones que dependen de enfermeria, y se tiende a una atencion muy centrada en la enfermedad con escaso desarrollo de los contenidos de prevencion y promocion.

NEW MEDICAL TECHNOLOGY AND PRIMARY HEALTH CARE: LIMITS AND POSSIBILITIES.

Santiago, Silvia M. University of Campinas, Brasil

The primary health care in Brasil has been marked by the reduced capacity in solving the health problems of the population. In this way, we can see other levels of attention changed to the entrance of the system, making higher the costs of the sector, which has a financial crisis. It is strategical the correction of this distraction to reorganize the system and to have better primary health services and the real utilization of the usuaries, to allow the communities' participation in the management of the services because they are closer to them. We have studied the evaluation of the reorganization of the primary health care for women, considering an specific aspect: the control of the cervical-uterine cancer inside a municipal health system in the southeast region of Brasil. The introduction of new technologies, through the capacitation of the health workers and the incorporation of some non sophisticated diagnostic and therapeutic technics, besides a better functional integration with the secondary level of care, we had a change of the direction profile between the eighties and nineties, with the majority of women receiving efficient care in the primary health care.

HAEMODYNAMIC PROCEDURES: MAKE-OR-BUY ANALYSIS

Venturi Sergio, Barban F., Garagnani M., Gibertoni C., Pesi T., Gualtieri M. C., Agazzani M., Modena Hospital, Italy

The new order in Health Care in Italy, begun in 1993, is provoking important changes in Health Care organization. Public Hospitals, as well as all the other Health Service suppliers, public or not, have to stay in assigned preventive (prospective) budgets, contrary to old system based on historic year costs. Hospitals in particular have to face up to a new Financing System based on volume of product, measured by Diagnoses Related Groups (DRGs).

In this situation methods of economic assessment rise in importance, especially in supporting decisions on how to face up to demand for new services or for increasing available services in a particular geographic areas.

The goal of this paper is to show an exemple of technology assessment in Cardiology about Haemodynamic procedures. The impact of implementing ex-novo a new Haemodynamic Department in a town hospital in Modena has been studied with attention to epidemiological situation, existing health service providers and, at last, costs and DRG related income. In particular a comparison has been made between "make" and "buy" hypothesis.

The study results in designing different sceneries in which the operative conditions of work, especially programmed number of test per year, take the most important weight. To conclude, "making" or "buying" is preferable "on alternative days" depending on which operative conditions you are in.

CHANGING THE PALACE GUARD: WOMEN IN MEDICINE AND PHARMACY

Williams, A. Paul, Barnsely, J., Cockerill, R., Tanner, J. U. of Toronto, Canada.

Women are entering historically male-dominated health professions in increasing numbers. By 1994 over half of Canadian medical students were women as were a majority of practising pharmacists. Research suggests that compared to males, women physicians are more likely to practise family medicine, in groups, in urban areas, and to work fewer hours and see fewer patients, while female pharmacists are more likely to work in hospitals, as salaried employees, and to work part-time. Research also suggests that women may bring distinctive values and orientations to the professions, producing distinctive practice "styles." Such differences have important implications for health human resources planning, and for possible reform of the health system. This paper uses data from a 3-year comparative study of Ontario physicians and pharmacists to explore and elaborate alternative hypotheses about the effects of women's entry into the professions. While important gender-based differences persist, we find that structural changes in the social and political context of the professions place increasingly significant constraints on the autonomy and choice of both women and men thus limiting the expression of underlying gender differences, and reducing the potential for change associated with women's entry into medicine and pharmacy.

AFFICHES / POSTERS / CARTELES

THÈME / THEME / TEMA

C

Dispensation des soins de santé

Delivery of Health Care

Producción de servicios de salud

PC1

NUTRITIONAL ASSESSMENT OF ELDERS OF THE OPEN UNIVERSITY FOR STUDIES ON THE ELDERLY-UNATI, RIO DE JANEIRO STATE UNIVERSITY-UERJ, BRAZIL.

PRADO, S.D.; ABREU, M.S.D.; SANTOS, D.M.; VEGGI, A.B.; GUIMARÃES, D.S.; RAMOS, R.G.; PINHEIRO, M.C.M.; JUNQUEIRA, F.L.; RIBEIRO, A.; ALMEIDA, S.R.; ARAÚJO, S.M.

The Following study aims at raising anthropometric and nutrient intake data of 66 elders, aged 60 to 82, enrolled in different courses of the Open University for the Studies on the Elderly - UNATI, with the purpose of analysing the group nutritional profile and admitting them to the nutritional attendance. After the anthropometric analysis, it was found a relative frequency of 4.5% Body Mass Index - BMI < 20; 42.5% with BMI between 20 and 25; 41% between 25 and 30; and 12% with BMI > 30. The results are approximately the same found by the Nutrition and Health National Research - PNSN, used as reference in the data analysis. In relation to the nutrient intake profile, the information was obtained through 24-hour-recall method, food register of 2 days and food frequency, were analysed the consumption of the macronutrients - carbohydrate (including fibres), protein and fat; micronutrients - iron, calcium, sodium, vitamin C and E, and cholesterol were analysed, as well as the caloric value of the diet, supported by a Computer System PAN, based on the nutritional recommendation of the National Research Center - NRC/89 and FAO/85. The analysis showed that the elders had a diet: rich in protein, poor in fat and total calories; and with inadequate in micronutrients. With these results, it was carried out nutritional recommendation trying to eliminate the nutrition deficiency, as well as activities of Health Education.

PC2

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICO-SANITARIA Y LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD

Andrade, Maria G.G. U.de Campinas, Brasil

En el campo de la atención en salud, los cuidados médicos representan una sola de las posibilidades de intervención sectorial. Así mismo, los servicios asistenciales constituyen un componente expresivo de los costos sectoriales, lo que, adicionado a la necesidad de incrementar su eficacia, exigen una profunda y continuada reflexión acerca de los modelos de prestación de asistencia. En este trabajo se estudió la forma de organización de los servicios de salud de una municipalidad brasileña, en la cual la implementación del modelo asistencial -orientado por la búsqueda de la igualdad del acceso y la incorporación crítica de la tecnología médica - se articuló a un modelo de formación de profesionales de salud en los servicios, permitiendo atingir una elevada capacidad de resolución de los problemas médico-sanitarios de la población. La discusión privilegió las cuestiones relacionadas a la capacitación del equipo de salud y los distintos roles de los profesionales en su interior.

PC3

HEALTH CARE AND THE ELDERLY IN BRAZIL

Arruda, Déa and Levcovitz, E., Ministry of Health, and State University of Rio de Janeiro- UERJ, Brazil

In the last thirty years Brazil has been passing through a clear change in its epidemiological profile, characterized by the progressive fall of infectious and parasitical diseases and by the rising of chronic degenerative diseases as the cause of mortality. One of the first consequences of this fact is the significant rising of life expectation at birth, which associated to the reduction of fertility rate, has led to ageing of population. Actually, the rising of old population has been occurred in a high level, and the group of sixty years old is the group that increases more and more proportionally to the Brazilian population. In 1991, the country had around eleven million aged people, which means 7.3% (seven point 3 percent) of the population in general. Estimations indicate that in the year of 2025 it there will be more than 32 million people sixty years old or more than that, which means 15% (fifteen percent) of its population, or the sixth biggest aged population in the world considering full numbers. Beyond the social and economic consequences of this changing, it is possible to foresee the high impact consequences in the health system.

In this study it has been analysed more than 50 (fifty) millions of hospitalizations by the Single Health System, from 1993 to 1995 through the comparisons among other age groups and the consolidation of the aged people hospitalization causes, it is possible to realize some inferences about the nowadays situation, and the future perspectives of the profile of the organization, of the health necessary services to attend this usuary group.

PC4

PROSTATE CANCER IN ITALY. IS SCREENING USEFUL?

La Rosa Francesco, Petrinelli A.M., Minelli L., Stracci F., Barro G.*, Mastrandrea V.

Dipartimento di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università di Perugia, Italia. *Osservatorio Epidemiologico Regionale, Perugia, Italia.

Prostate cancer is the third cause of cancer deaths in Italian males. In 1991, in about 87000 male cancer deaths, 28.7% were due to lung cancer, 9.4% stomach cancers and 7.1% (6178) to prostate. Of these, about 66% were aged over 75. In Italy for some time the advisability of setting up a general screening campaign for this disease has been discussed. The advisability of such a campaign usually depends on the compliance of the public, the invasive diagnostic procedure, the kind of therapy necessary and the quality of life of those patients who necessarily undergo surgery. This study intends to contribute to the discussion, by means of an epidemiological analysis of Italian mortality data of prostate carcinoma and the survival rates obtained from a study carried out in Umbria, Italy. Crude and age adjusted death rates were calculated for 1950-1991. Years of Potential Life Lost were also calculated and an age-period-cohort analysis was applied. Ten-year survival data were derived from an *ad hoc* survey carried out in Umbria in 1978-1982. For 510 incident cases, survival curves were drawn using the Kaplan-Meier method and compared by Mantel-Haenszel log-rank test. All cases were also subdivided into three age groups: <60, ≥60 and <75, ≥75 years old. The 4-fold increase in the crude rate, over the studied period, depends mainly on the ageing of the population. In fact, both adjusted rates and YPLL, and cohort analysis show that the risk of dying does not increase after the cohort born in 1900. Survival rates show that over 30% of cases survived for ten years. Other Authors showed that the early detection of prostate cancer produced an increase in incidence rates but not a decrease in mortality. These data do not seem to support the use of Prostate Specific Antigen, Transrectal Ultrasound and, especially, digital rectal examination for screening asymptomatic men, also considering that these screening programs result in a net increase in costs, and in positive case the quality of life would be considerably worsened.

LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DANS LES HÔPITAUX PROFITE-T-IL AUX PATIENTS? RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE QUÉBÉCOISE.

Blais, Régis, Boyle, P., Pineault, R. Univ. de Montréal, Canada

Dans le contexte de réforme des systèmes de santé, le contrôle de la qualité est considéré comme un moyen d'améliorer le rapport coût/efficacité des services dispensés. Différents mécanismes de contrôle de la qualité ont ainsi été mis en place dans les hôpitaux, mais leur contribution à la santé des patients est encore peu connue. L'objectif de la présente étude était d'examiner la relation entre l'existence de certains mécanismes de contrôle de la qualité dans les hôpitaux québécois et les réadmissions pour complications suite à quatre interventions chirurgicales courantes (cure de hernie inguinale, prostatectomie, cholécystectomie et hystérectomie). La population à l'étude comprenait tous les patients ayant subi une de ces opérations dans les hôpitaux québécois sur une période de trois ans (1989-1992). Un devis cas/témoins a été utilisé, où les cas étaient les patients réadmis pour complications et les témoins étaient les patients réadmis pour d'autres raisons. Une enquête postale a été faite auprès des hôpitaux pour identifier leurs mécanismes de contrôle de la qualité. Les résultats montrent que peu de mécanismes de contrôle de la qualité sont significativement liés aux complications postopératoires et que ces relations varient selon l'opération. De plus, l'existence de certains de ces mécanismes est associée à un taux de complications plus grand. La présente étude ne permet pas d'établir de relation de cause à effet, mais l'absence d'association dans le sens souhaité soulève des questions. Les implications de ces résultats seront discutés.

POLITICAL RESOLUTION FOR ADMINISTERING CUBAN VACCINE IN CEARÁ-BRAZIL

Barbosa, LMM; Gonçalves, VF; Fonseca, MD; Façanha, MC. Silva, FAL; Martins, MPS & Rouquayrol, MZ. SESA/CE; SSM/FOR; UFC; - Brazil.

Because the increasing rate of Meningitis-B in Ceara, there was a technical suggestion for the vaccination against that disease. The objective of this work is to report the decision making process for the use of VA-MENGOC-BC. Technical discussions made up the methodological basis which resulted in the political resolutions for vaccinating two municipalities of Ceara State. Controversies were discussed: cost, adverse reactions, operation, origin of the vaccine and effectiveness. Based on technical opinion of a expert committee, it was, then, decided that the vaccine would be administered to children ranging from 6 months to 14 years of age. The following provisos were taken into account: The population and the health practitioners should be informed about the limitations of the vaccine, mainly those concerning to its effectiveness. This is essential for avoid the questioning of the whole Immunization Program. In this sense, it is essential be aware about the adverse reactions as well as the fact of the children are taking B-C vaccine and not other type." Vaccination in Fortaleza and Itapipoca was started in June and July/1995 with a coverage of 90% and 100%, respectively. In both the municipalities, there were few adverse reactions all of which were reversible. The incidence of meningitis has been decreasing over the last months of 1995, as compared to the same period in 1994, in those municipalities which received the vaccine. How far such a decrease relates to vaccination is still unknown, since it is too early to evaluate it.

ANNULÉ

LA CAPACITACION ADECUADA DE LAS PARTERAS TRADICIONALES: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD.

DRA. García Cecilia, DRA. Ana Langer, DRA. Romero Xochitl, DRA. Romero Minerva, DRA. Rojas María Angeles y DR. Urzúa Mario. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México.

Los sistemas de salud de los países en desarrollo contemplan la capacitación de parteras tradicionales como estrategia para la extensión de cobertura de la atención prenatal y del parto. Sin embargo, la mayoría de los cursos no toman en cuenta el contenido adecuado de la atención prenatal, las necesidades de aprendizaje de las parteras, su contexto cultural, sus limitaciones debido a su edad y nivel de alfabetismo y no retoman sus prácticas tradicionales positivas. Asimismo, las parteras no reciben supervisión y cuando la reciben es en términos de información de productividad. Por otro lado la mayoría de los cursos no son evaluados. Tomando en cuenta el problema anterior, en 1992 se diseñó un curso de capacitación-supervisión de un año de duración, que contemplara los aspectos citados anteriormente; se impartió a un grupo de parteras a las que previamente se había hecho una evaluación sobre su proceso de atención prenatal (1993) y se evaluaron los cambios en la atención brindada a través de observación directa y de un cuestionario aplicado a alrededor de 1000 usuarias que fueron atendidas por las parteras en el lapso de dos años (1994-1995). La evaluación de los efectos del curso en el proceso de atención prenatal mostró cambios significativos ($P < .01$) en cuanto a interrogatorio, exploración, diagnóstico de riesgos y manejo de los pacientes. Consideramos que este modelo de capacitación puede ser un aporte para aquellos países que tienen como meta extender la cobertura de la atención prenatal y del parto con calidad.

EL APOYO PSICOSOCIAL Y LA PROMOCION A LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO A MUJERES DE AREAS RURALES DE MEXICO.

García Barrios Cecilia, Langer Ana, Castañeda Xochitl, Romero Xochitl, Delgado Emperatriz, González Dolores. Instituto Nacional de Salud Pública y Population Council México. Cuernavaca Morelos, México.

Objetivo: Evaluar el efecto de un programa de visitas domiciliarias de apoyo psicosocial y promoción de la salud durante el embarazo en áreas rurales de México.

Programa de apoyo psicosocial: Durante las visitas domiciliarias mensuales se brindaba apoyo emocional a la mujer, fomentando su capacidad para pedir ayuda a su red de apoyo social, se promovía la autoestima y la toma de decisiones sobre su salud. Además, se manejaban varios temas de educación para la salud. La promotora se ayudaba de materiales educativos adaptados a la idiosincrasia de las mujeres y de una "Libreta de la Embarazada" en la que ambas conjuntamente apuntaban los logros y limitaciones del seguimiento del programa.

Metodología de Evaluación: La evaluación del programa se realizó a través de un estudio cuasi - experimental en dos municipios rurales de México y de un estudio cualitativo.

Resultados: El programa fue aceptado por la mayoría de las mujeres embarazadas. Hubo efectos significativos ($p < .01$) en un gran número de variables consideradas proxis del nivel de salud, como son deseo del embarazo, satisfacción de la mujer, conocimientos, hábitos durante el embarazo, utilización de los servicios de salud y lactancia al seno materno.

QUELLE EVALUATION POUR LES PETITES MATERNITES ?

GERBAUD Laurent, BIOLAY Sylvie, GLANDDIER Phyllis-Yvonne, et la C.R.E.M.E. Auvergne

La problématique des « petites » maternités (celles faisant moins de 300 accouchements par an) repose sur un équilibre entre sécurité des soins (supposée diminuée du fait du faible volume d'activité) et accessibilité, notamment dans des régions montagneuses.

A la demande des autorités sanitaires, dans le cadre de la planification régionale, la Commission Régionale d'Evaluation Médicale des Etablissements (C.R.E.M.E.) d'Auvergne a réalisé un travail d'évaluation de l'ensemble des maternités de la région.

Dans un premier temps, des indicateurs de structure, de procédures, de sécurité et de résultats ont été sélectionnés auprès d'un panel d'experts selon une méthode de type Delphi. Puis une fois les indicateurs choisis, les renseignements ont été collectés pour l'année 1993.

Il a été possible de déterminer des profils propres à chaque catégorie de maternité et de déterminer ainsi les établissements atypiques et les recommandations les concernant.

En conclusion, l'analyse seule de résultats n'est pas suffisante pour aider à une planification régionale de moyens efficace.

EVALUATION COMPARATIVE DES SERVICES EN VUE DE LEUR CONTRACTUALISATION

MARTY Michel (1), GERBAUD Laurent (2), VIBET Marie Noëlle (1), LESTIENNE André (3), BIOLAY Sylvie (2)
(1) E.N.S.M., Paris (2) Service Epidémiologie, CHU Clermont Ferrand, (3) C.N.A.M.T.S., Paris

Dans le cadre des projets français de financement contractuel des hôpitaux publics, un travail pilote a été mené dans trois régions françaises et pour 6 spécialités médicales et chirurgicales.

L'objectif de ce travail est de mettre en place un système d'aide à la contractualisation reposant sur une évaluation comparative des services hospitaliers, portant sur la collection et l'analyse d'indicateurs d'activité, de service médical rendu (eux-mêmes décomposés en indicateurs de structures, de procédures, d'opportunité et de résultats) et concernant la politique qualité. Une première série d'indicateurs a été retenue en confrontant entre les résultats des travaux de groupes d'experts et d'une analyse de la littérature.

Puis, une étude pilote a été menée dans trois régions françaises de novembre à décembre 1995. De cette étude découle une simulation des négociations de contrat possibles, selon les différents choix de priorités de l'Assurance Maladie, dont la validité sera également analysée par un retour aux acteurs locaux du processus de contractualisation. Nous en présenterons les résultats ainsi que le positionnement de la démarche par rapport aux stratégies d'accréditation développées en parallèle.

HYPOTHESIS ON A "FIASCO" AFTER AN UNUSUALLY BIASED MALARIA CONTROL POLICY IN CHIAPAS, MEXICO AND BEYOND.

Pablo Gonzalez-Casanova H. (CIHMECH-UNAM, Mexico).

A 'history of malaria WHO-TDR project' was aimed at describing the epidemiology of the disease and possible causal correlations involved in the resurgence of malaria in Chiapas, southern Mexico, during 1972-1982. A review of sero-epidemiological surveys, of available health and malaria statistics at the local level, and several correlation analysis, disclose highly significant correlations between malaria increase an decreasing trend in DDT indoor spraying. This is shown with correlations between the number of sprayed communities, of sprayed houses, and of malaria cases, as well as between House Spraying Rate (HSR) and Annual Parasite Incidence (API). By area, correlations were higher in (the still-called) "attack" than in "consolidation" areas. Possible intervening variables, such as annual blood examination rates, number of treatments, and even mosquito resistance and human migration, had a restricted —time space— importance. Yet economic and policy crisis pressure factors could be implied. It is suggested that the withdrawal of the DDT malaria control policy was a main factor in a control policy "fiasco" in the epidemic of the 1970's. Furthermore, similarly high significant correlations were found at national and continental levels. Implications are that such findings cannot be mere local statistical coincidences. A question posed beyond Chiapas but similar control policies is: how much "DDT resistance" unfounded generalization statements prevented efficient short-term control and eradication?

CARACTERIZACIÓN BIO-PSICOSOCIAL DE UNA COMUNIDAD DE ANCIANOS DE LA HABANA VIEJA

Guinart Zayas, Nancy. Facultad Calixto Garcia, Cuba.

Teniendo en cuenta que la población anciana de la Republica de Cuba en el año 2000 será de aproximadamente un 20% de la población total nos propusimos conocer las características bio-psicosociales de este grupo especial de población de una comunidad de el Municipio Habana Vieja, estudiando 300 pacientes de más de 65 años que independiente de su lugar de origen y nacimiento tenían más de 5 años de residencia en esta comunidad, encontrando que 67% de ellos eran femeninos y que 145 eran de la raza blanca, la mayoría era clasificada de enfermos, en este grupo 30% deseaban sustituir su compañía. Además un 45% deprimidos, la mayoría viven solos. Las enfermedades más frecuentes fueron la artrosis y enfermedades del corazón, la morbilidad oculta más significativa las enfermedades estomatológicas y oftálmicas, todo lo anterior determinó un cambio de estrategia de salud a este grupo según necesidades.

SCENARIOS SEXUELS ET DETERMINANTS DES CONDUITES À RISQUES FACE AU SIDA PARMİ LES CEGEPIENS DU QUÉBEC.

Lévy Joseph. J., Otis J., Samson, J.-M., Fugère A., Pilote F., U. du Québec à Montréal, Canada.

Le sida constitue une épidémie qui menace de plus en plus les adolescents du Québec et ce, malgré les nombreux programmes de prévention et d'éducation mis en œuvre. L'analyse des modèles théoriques dominants montre que ces derniers mettent l'accent sur la compréhension des facteurs sociaux et intrapersonnels (facteurs sociodémographiques, comportements, cognitifs, d'intention, de personnalité et ethno-culturels) aux dépens de celle des facteurs interpersonnels liés aux stéréotypes sexuels, aux modes de communication et aux rapports de pouvoir qui sous-tendent les relations entre les partenaires et les activités sexuelles. Ces modalités peuvent intervenir sur les niveaux de risque. Dans cette perspective, cette communication présentera les résultats d'une recherche menée en 1995 auprès de 2828 cégépiens des deux sexes qui fréquentaient les collèges privés et publics du Québec. Les données montrent que les scénarios sociosexuels, les rapports de pouvoir, les modes de communication et les perceptions des risques face au sida, tout comme les attitudes face à l'usage du préservatif, varient significativement selon le sexe. Les déterminants intrapersonnels et interpersonnels qui jouent dans les stratégies sexuelles seront analysés, de même que les perspectives d'intervention au plan de la promotion de la santé que suggère cette recherche.

LES CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES DES MALADIES PSYCHIATRIQUES DES PARENTS SUR LEURS ENFANTS MINEURS.

Lew Viviane Annie., Boily M., Hôpital Saint-Luc, Hôpital L.-H.Lafontaine, Canada.

Au cours des vingt dernières années, de nombreuses études, surtout américaines, ont exploré l'influence des problèmes de santé mentale des parents sur celle de leurs enfants mineurs. Toutes soulignent les effets psychosociaux profonds que ces maladies peuvent entraîner sur ces populations. Ainsi ces recherches montrent qu'à cause de leurs maladies, les parents peuvent être affectés dans leurs capacités de communiquer d'entrer en relation avec leurs enfants. Ces perturbations peuvent entraîner chez ces derniers des sentiments de culpabilité, une vulnérabilité psychologique importante, ainsi que des problèmes d'adaptation au plan scolaire et social dont la gravité dépend du type de maladie mentale des parents, du support de l'environnement social, de l'âge des enfants et de leurs personnalité. Même si les intervenants semblent de plus en plus au courant cette problématique, cette sensibilisation ne semble pas se refléter dans leur pratique. C'est le cas au Québec où l'on constate une carence dans ce domaine. À partir d'une recherche qualitative menée dans un centre hospitalier psychiatrique auprès de parents hospitalisés et de leurs enfants mineurs, cette communication illustrera les problèmes psychosociaux rencontrés et les effets des interventions menées par une équipe interdisciplinaire intégrant une perspective basée à la fois sur l'approche psychiatrique et le travail social, afin d'améliorer le bien-être des enfants.

NUTRITIONAL SURVEILLANCE SYSTEMS IMPLEMENTATION IN THIRD WORLD COUNTRIES

Marins, Vania MRV; Silva, Nádia A; Valle, Joyce; Almeida, Renan MVR. Universidade Federal Fluminense, RJ Brazil.

Nutritional Surveillance Systems are increasingly being used as important instruments in the characterization and monitoring of Third World populations nutritional profiles. In Latin America alone, close to twenty countries already have had experiences with their implementation. In Brazil, its use was tentatively initiated during the 1970 decade, but only received a real thrust with the (currently taking place) regionalization of the country's health system. One of the first cities in the country to effectively experiment with them was Niterói, a southeastern medium-size city in Rio de Janeiro State. As a first step, a nutritional and anthropometric poll was taken during a large vaccination campaign (polio and measles) in 1992. That aimed at attracting the attention of health professionals in town for nutritional problems, as well as, for the first time, gathering information on the nutritional profile of its population. Due to the results obtained it was decided to, at first, implement the Surveillance System in the city's East District, which presented undernutrition patterns similar to the ones in the poorest areas of the country (27.5% of undernutrition, all forms, Gomes classification, 0-5 years). Monitoring is presently made in six units (health centers) of this District. Data collected indicate a recent increase in the percent of measured undernourishment, for instance, from 9% to 30% in the 1994-1995 period for one of the units. However, that is a reflection not only of an increase in actual undernourishment levels but, also, in the size of the System's covered population.

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD INTERNACIONAL EN CUANTO SABER-INSTRUMENTAL EN ENFERMERÍA

Bertolozzi, Maria Rita. Universidad de São Paulo, Brasil.

Se trata de un análisis sobre la Salud Internacional como uno de los campos de intervención en Salud Colectiva. A través de un examen minucioso de documentos sobre las prácticas en Salud Internacional, buscando la articulación de la historicidad a las demandas sociales, se presentan a lo largo del tiempo las distintas tendencias que la conformarán. Además, se presenta la forma cómo estas prácticas han sido desarrolladas y sus intermediaciones a través el Estado y de las relaciones entre los países. El objetivo del trabajo es estudiar las interconexiones entre la Salud Internacional y la Salud Colectiva. El análisis de los documentos ha posibilitado la emergencia de tres categorías empíricas:

- la cuestión epistemológica, o sea, las distintas bases filosóficas en las cuáles ocurre el anclaje de los paradigmas;
- la comprensión crítica de las relaciones internacionales, por la vía de la noción de dependencia entre los países;
- la enfermería, en cuanto práctica social, articulada al proceso de producción en salud, derivando procesos de trabajo diferenciados y, por lo tanto, con distintos objetos de trabajo.

El proceso de análisis ha revelado que la forma cómo la Salud Internacional ha sido operacionalizada se aproxima más a las vertientes que han consolidado la Salud Pública, en cuanto campo de conocimientos y de prácticas. Es decir:

- el objeto del proceso de trabajo de intervención en salud-enfermedad viene constituido por poblaciones universalizadas y generales, sin considerar las diferenciaciones por los cortes sociales;
- la metodología está anclada en el empírico-analítico y no en lo dialéctico y prático;
- las acciones están más centradas en los Estados y con tendencias a la globalización y menos en las demandas populares;
- la dinámica de los cambios es lenta y gradual sin transformaciones estructurales y radicales.

DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA: UN MODELO DE GESTIÓN REGIONAL

Carroz Chacin, Alba. Dirección regional de salud, Venezuela.

El presente estudio se basa, en la atención médica ambulatoria del Edo. Zulia, que se realiza en 277 ambulatorios urbanos y rurales, tipos I, II y III. De estos, 127 (46%) tipos I y II, recibieron en los años 1994 y 1995, una asignación del presupuesto regional para su funcionamiento, haciéndose hasta ese momento de forma centralizada. Este aporte, debe ejecutarse con la participación de la comunidad organizada, que es un componente fundamental de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Los objetivos propuestos son: lograr la integración del equipo de salud con la comunidad, brindar una mayor capacidad resolutoria del Ambulatorio y fortalecer el proceso de descentralización del Sector Salud. El estudio es de tipo descriptivo, con recursos comunitarios y oficiales, demostrándose, como la comunidad se integra de forma activa y crítica con el personal de salud del ambulatorio, involucrándose en los problemas inherentes a su funcionamiento, haciéndose esto a través de la Junta Sociosanitaria, cuya función principal, es aprobar y controlar el recursos monetario asignado al Ambulatorio, y por consiguiente, garantizar la eficiencia en la prestación de la Atención Médica. Se recomienda profundizar y continuar con la descentralización financiera de los ambulatorios iniciada en el Estado Zulia, de manera de consolidar la identificación de la comunidad con su ambulatorio.

HEALTH BOARDS IN BRAZIL: AN EXPERIENCE

Carvalho, Antônio Ivo. ENSP/FIOCRUZ. Brazil

The Health Boards have recently come up in Brazil according to the constitutional principle of community participation in order to assure social control over health services. That is why they were created as permanent and obligatory organs of the Unified System of Health, with wide legal functions and deliberative power.

This work aims at evaluating if these organs have achieved their purposes, as well as if they present real conditions to act a major role in the democratic process of changing the Brazilian system of health. Firstly, theoretical and historical bases are established to discuss the concepts of participation and social control in health, distinguishing the different kinds of social practices related to them. Through qualitative and quantitative methods, the Boards have been studied all over the country. The National, the States and the Cities Boards have been analysed through their specific laws, their registered acts and some interviews with selected members. Some data were obtained by means of telephone or mail. This work focuses on the Boards' process of formation, their social components, their legal functions, their working and their action contents, and eventually make comparisons among the different government areas. The analysis shows that the Boards' actions, although incipient, clearly follow democratic principles established by the Unified System of Health. Whether individually or as a whole, nowadays the Boards certainly represent important means of social participation. Slowly but meaningfully, there have been effective changes in the institutional practices of the health system.

BIOTECHNOLOGY IN HEALTH: HISTORY, ADVANCES AND PROBLEMS.

Garcia, Eloi, Chamas, Claudia, Oswaldo Cruz Foundation - Fiocruz, Brazil.

This article is an attempt to bring the discussion about biotechnology in health into the public health domain. Now that the genetic engineering revolution has arrived it is important to point out the history, advances and problems of this technology for the society. A broad analysis was made in order to obtain a clear assessment of the possibilities of biotechnology applied to the public health in the near future. The study shows the ethical and practical implications of a technology that can produce miracle drugs, modern diagnosis and cure every disease. It is also discussed the consequences of establishing intellectual property rights for the life. Important points of sensitive social issues raised by molecular biology and human genome project are debated. It is evidenced that the society will be profoundly affected with the result of the researches about human genetic manipulation and its commercialization. Nevertheless, the society is misinformed about this, mainly in developing countries.

"PUESTOS DE SALUD PARA EMBARAZADAS" UNA ESTRATEGIA PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MUJERES.

García Cecilia, Maricarmen Elu, Salas Mentzerrat, Murriedas Pilar, Ballesté Mercedes y Gutiérrez Daniel. Comité Promotor de una Maternidad sin Riesgo de México y UNICEF México D.F. México

En México, en áreas rurales y sectores urbanos marginados, un alto porcentaje de mujeres embarazadas presentan un patrón reproductivo de riesgo; desconocen los signos de alarma, están sometidas a prácticas perjudiciales para su salud y tienen poco acceso a los servicios de salud. La situación anterior aunada a problemas en la calidad de los servicios de salud condiciona que en ciertas zonas las tasas de mortalidad sean muy elevadas. Tomando en cuenta lo anterior en 1995, el Comité Nacional de Maternidad sin Riesgo, formado por organismos gubernamentales y civiles, implementó una estrategia, con el fin de reducir la morbi-mortalidad maternas. La estrategia consistió en la implantación de "puestos ambulantes de salud para embarazadas" que se instalaron en lugares en donde las mujeres asisten de manera cotidiana (mercado, salida de las escuelas, terminales de autobuses, iglesias etc). En los puestos una enfermera tomaba la presión a la embarazada, revisaba si la mujer tenía signos de edema y/o anemia, brindaba educación para la salud y canalizaba a los centros de salud a todas aquellas mujeres que presentaban riesgos incluyendo a las que no asistían a los servicios de salud prenatal. El objetivo del presente trabajo es presentar la estrategia así como el diseño y los resultados de su evaluación (factibilidad de expansión a nivel nacional, aceptación de la población y efecto sobre la utilización oportuna de los servicios, la mejoría en los cuidados para la salud y sobre la incidencia de eclampsia y anemia severa entre la población en riesgo)

Local strategies for health policy development. A research within the European *Healthy Cities* context.

Goumans, Marleen, Leeuw de, E., Logghe, K. World Health Organization Collaborating Centre for Research on Healthy Cities (WHO CC RHC), Maastricht, The Netherlands

The idea of working on the promotion of the health at local level has gained roots world wide. The World Health Organization in Europe has contributed to this idea by its Healthy Cities (HC) project (1987-1992 and 1993-1998). Two of the project objectives are explicit attention for health aspects in public policies and the development of so called 'healthy public policies'.

The question remains how, and if, localities (cities, communities, municipalities) work towards these objectives. Examples of strategies that are used in this context are (demonstration) projects and so called 'city health plans'. The case study research that has been carried out focussed on 10 cities in two countries and the way they worked on health policy development. By means of observations, document study and interviewing policy makers and responsible persons (politicians, project coordinators), the research aims to explore their vision on health policy and re-construct parts of the process of health policy development.

Much research on HC/Communities, addresses one of its underlying principles (f.e. political commitment, community involvement, use of local data and intersectoral collaboration). This research started with daily practice and experiences. Several (policy and political) theories and theoretical notions, instead of a HC/Community concept, were used to analyse parts of the health policy making practice. The challenge was to detect whether the results of each separate part (domain composition, agenda building and barriers to change), could be integrated into a comprehensive framework supportive to health policy research and health policy development.

CARACTERIZACION DE LOS HIPERTENSOS DEL AREA DE SALUD DE CAMPO FLORIDO.

Francisco F. Hernández Gárciga, Jorge L. Pallasá Cadiz, Vivian del Carmen Rodríguez Tabares. Facultad No1 Hospital "Calixto García", Ciudad de La Habana, Cuba.

La hipertensión arterial es un azote para el hombre, tanto por sí sola o como factor de riesgo de otras enfermedades. El estudio de su morbilidad por el médico de familia constituye un arma fundamental para su enfrentamiento. Se realizó un estudio descriptivo en 1994. Los objetivos propuestos fueron, conocer algunas características de estos pacientes como el sexo, edad, y color de la piel; determinar cuales tenían o no enfermedades asociadas y determinar su seguimiento por el médico de familia, entre otros. Se encuestaron los enfermos y se revisó la ficha familiar para obtener los datos de interés. Nuestros pacientes se encontraban entre las edades de 45 a 59 años, el sexo predominante el femenino y el color de la piel más afectado el blanco (por estructura demográfica del área), entre las enfermedades asociadas cuentan la Cardiopatía Isquémica y la Diabetes Mellitus; el seguimiento por el médico de la Familia fue determinado como bueno.

IMPLEMENTATION OF PROGRAM STRATEGY A CASE STUDY OF THE CARDIOVASCULAR DISEASES PROGRAM IN PICARDIE FRANCE

Junod Bernard, and Schwoerer C. Ecole Nationale de la Santé Publique, and Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, France

Public health programs strive to optimize the services they provide to meet the changing needs of the population. Picardie, population 1810000, is one of the 23 regions in France. In 1995, the regional public health authority selected cardiovascular diseases as a priority for the next 5 years. Interviews conducted by external observers provided an evaluation of the initial phase of the program. The first challenge was to develop a program which would work smoothly with the current rules and regulations of resource allocation. This selection was made at the right level, in accordance to both national and local decision processes. The second challenge was to move from the initial discussion stage to the operational stage while maintaining the integrity of the philosophy and principles of public health programming. Advisors from the Ministry of health and from the National School of Public Health facilitated each step of the development of the program by organizing 4 group training sessions. This organisation worked well. The third challenge was to meet the needs as perceived by both health care professionals and those who use the health care system. A pilot group, consisting of health care and health education professionals worked together for one year to jointly design the program. Unfortunately, there was no participation in this design process by members of the lay community. This raises the question of how to integrate the general public into such a process.

UNE VILLE ET SES HABITANTS SONT ENGAGÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Lazimi, Gilles. Association FIRST, France.

Une ville de 23 000 habitants s'est engagée depuis près d'une dizaine d'années dans la lutte contre le sida, alors que cette charge n'incombe absolument pas aux villes. En 93-94, des habitants décident d'être les acteurs d'une campagne de communication grand public, et de s'afficher en 4 mètres sur 3 et 40/60 avec un message sur la sexualité et l'utilisation de condom. Action globale associant toute l'année des actions de proximités. Forte de cette expérience, en '94 et '95, la ville a réalisé une deuxième campagne sur les pratiques sexuelles à risques et l'usage de drogue par voie intraveineuse et les moyens de prévenir les contaminations (préservatifs et surtout l'usage de seringues neuves). Campagne grand public et ciblée sur des sujets tabous, ayant pour cibles les personnes à risques et leur environnement pour la création d'un climat favorable au dialogue et à l'acceptation de la prévention et des soins pour tous toxicomanes y compris. C'est la première fois qu'une campagne d'affichage ose parler et montrer clairement la seringue en l'accompagnant du texte :

« Rester séronégatif, aujourd'hui c'est possible »
Utiliser une seringue neuve et ne pas la partager.
Pour en parler Sida Info Service 05 36 66 36

Une évaluation a été réalisée, elle est instructive pour la ville sur les suites à donner et liste des recommandations pour aider d'autres villes à investir ce champ.

TÍTULO: SOLIDARITY AND PUBLIC POLICIES IN BRAZIL: THE CITIZEN'S ACTION AGAINST HUNGER, POVERTY AND FOR LIFE

Magalhães, Rosana.; Burlandy, Luciene. Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal Fluminense, Brasil.

The recent history of the public policies in Brazil, shaped by the general erosion of the authoritarian regime, seem to provide innovative issues of the idea and practice of citizenship. In contrast with the antagonism which has characterized the relationship between state and social movements during the military government, today is possible to see a space of solidarity and partnership toward the solution of social problems. Under this scenario, we examine the conceptions and institutionalized mechanisms that oriented the Citizen's Action Against Hunger, Poverty and for Life, in sense of illustrate the complex theme of solidarity strategies and public policies interaction. We focused the experience of twenty - one Citizen's Committee in Rio de Janeiro, and explored the limits, possibilities and new contradictions that emerged from the effort to redefine the state, the market, the civil society and create alternatives to social citizenship.

LA PROMOCION DE LA SALUD EN COLOMBIA ¿ESTRATEGIA DE DESARROLLO O POLITICA DE SALUD?

Munar, Wolfgang, Casadiego, D, U. del Norte. Colombia

Las políticas de promoción de la salud emprendidas por el gobierno colombiano desde 1990 pretenden contribuir simultáneamente sobre el desarrollo comunitario en las poblaciones más pobres y aumentar el estado de salud de las gentes. Evaluamos la efectividad y los costos de esta política en cuatro municipios de extrema pobreza en el norte del país. Empleamos una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos para identificar los efectos de un programa de educación sanitaria y desarrollo social implantado por la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico. Los métodos cualitativos se basaron, esencialmente, en el empleo de los grupos focales, los cuales nos permitieron estudiar las percepciones de los beneficiarios sobre el programa en cuestión. Un estudio cuasiexperimental, basado en una encuesta de hogares, nos permitió estudiar los conocimientos y las habilidades en la población objetivo, comparándola con un grupo similar que no recibió intervención alguna. Los resultados muestran que, pese a existir satisfacción en los usuarios del programa, y a la identificación de conocimientos y actitudes significativamente mayores y mejores en el grupo intervenido, el programa no ha contribuido a aumentar la expresión política de las comunidades usuarias o a incrementar su participación en la toma local de decisiones. Se discuten las implicaciones políticas de los hallazgos, así como las limitaciones y usos potenciales de los métodos usados en la investigación.

PARTICIPATIVE HEALTH EDUCATION PROGRAMS: YOUTH AND STD/AIDS

NEUMANN, Elisete M., MOURA, G.; FEBEM-RS, GAPA-RS, BRASIL

The objective of this project is the production of pedagogical materials to be used in STD/Aids education programs directed to ward youth from low income and high-risk backgrounds. Using a participative education process, the youth were involved actively in the materials developed. In the first phase, a comic book about sexuality, STDs and AIDS was produced, incorporating the youth's languages and values. In the second phase, an educational video is being filmed based upon a story developed collectively by youth. In the final phase, teams of the youth and health educators will use these materials in prevention-education activities in institutions, schools and community, including the streets. This experience shows that health education and prevention programs more effective when built upon the active participation of the target population to whom they are directed. As a result, government programs should focus more attention on horizontal and transversal, rather than vertical, intervention strategics.

HEALTH POLICY IN SOUTH AFRICA : UNDER RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT

Pillay, Yogan, South Africa

This paper focuses on attempts by the Government of National Unity (GNU) to transform health policy in South Africa. Historically the State applied classist and racist health policies which, together with other social policies, had a deleterious effect on the health of the black working class. The expectation, post the April, 1994 elections, is that the African National Congress led by GNU would implement policies that would impact positively on access to health care services that were hitherto available on an inequitable basis to those in need. The paper will provide a short historical overview on the continuities and discontinuities in the struggle for appropriate and equitable access to health care services in South Africa. It will end by evaluating the efforts made by the GNU to meet the needs of the black working class who overwhelmingly supported the ANC in the 1994 elections.

POLITICAS DE AJUSTE MACROECONOMICO Y PRIVATIZACION. EL CASO DEL SECTOR SALUD EN VANEZUELA.

REVELLO, WALDO- UNIVERSIDAD CENTRAL
DE VENEZUELA

En las dos últimas décadas los cuestionamientos a la actuación del Estado en el campo económico y social, ha ocupado lugar destacado en la discusión y formulación de las políticas públicas en América Latina. Ello ha estimulado la aplicación de ajustes macroestructurales, con énfasis hacia propuestas de privatización, que buscan reducir las responsabilidades del Estado y fortalecer el mercado como espacio de satisfacción de las necesidades sociales, lo cual se ha manifestado en todos los servicios sociales, y particularmente en el sector salud. El presente trabajo analiza en la realidad venezolana, el desarrollo de las tendencias de privatización del sistema de servicios de salud, contenidas en los distintos proyectos de reforma sectorial, intentando desde los años ochenta, su relación con el proceso global de ajuste económico iniciado en el país en este mismo período, sus probables efectos en la prestación de servicios de salud y las posiciones adoptadas por los diversos actores sociales con intereses en el sector con respecto a la privatización.

LOCALISING HEALTH POLICY: NON- GOVERNMENTAL ORGANISATIONS AND COMMUNITY HEALTH DEVELOPMENT

Robinson, Dorcas, Open University, United Kingdom

This research looks critically at the global health agenda, and at commitment to, and scope for, local-level involvement in health policy (where policy includes agenda-setting, formulation, implementation and evaluation), through non-governmental organisations (NGOs). It is based on interviews and district-level case studies in East Africa. As health policies focus on basic health packages and private provision, and as donors are increasingly attracted to working through NGOs, it is evident that these organisations are insufficiently understood, often being inappropriately lumped together under the title 'private sector'. The research confirms that the gaps and the assumptions seen in the literature are disturbingly evident amongst donor and national policymakers. However, though the attitudes of NGOs to health policy vary considerably, there are those which are increasingly concerned with local, national and international advocacy in this area. Key conclusions are that: a) many NGOs support a broad approach to health development, not just health care service provision, and believe that this is being neglected in current health policy; and b) NGOs do have experience with community health development, local participation and income-generating schemes which can provide guidance for making local involvement in health policy a reality.

LAS ENCRUCIJADAS DE LA SANIDAD PUBLICA EN ESPAÑA

M. Sanchez Bayle, M.L. Fernandez Ruiz.
Federación de Asociaciones para la
Defensa de la Sanidad Publica. Madrid.
España.

El Sistema Sanitario Publico en España esta viviendo una ofensiva para su desmantelamiento. En este momento se plantean las siguientes opciones, sobre todo desde las opciones conservadoras que parece proxicamente accederan al Gobierno: 1) Fraccionar el aseguramiento (modelo MUFACE); 2) Establecer sistemas de copago; 3) Incrementar los conciertos con el sector privado; 4) Favorecer sistemas de provision privada de la Sanidad Publica (fundaciones, cooperativas, contratos, etc).

Los problemas centrales estan en: 1) Mantener el aseguramiento unico; 2) Asegurar la provision mayoritariamente publica de la asistencia sanitaria; 3) Integrar a los profesionales con el Sistema Nacional de Salud; y 4) Impulsar la participacion de los ciudadanos en el sistema sanitario.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA ATENCION DE SALUD: UN CASO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN.

Sanchez de Mantrana, M. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Venezuela.

Metodológicamente, el presente trabajo está fundamentado en la investigación-acción y tuvo como objetivo primordial el desarrollar la participación comunitaria en el Barrio 28 de Julio de la ciudad de Coro mediante la aplicación de experiencias de aprendizaje que facilitarían en la población participante adaptaciones voluntarias, conscientes y responsables de conductas conducentes al fomento, conservación y restablecimiento de la salud.

Los resultados señalan que se generaron cambios en la comunidad en cuanto a su organización, funcionamiento y participación como efectos de la intervención de la Universidad, representada por el Departamento de Trabajo Comunitario, y a consecuencia del proceso investigación-acción desarrollado. Por otra, parte al concluir la investigación, pueden observarse en la población comportamientos facilitadores de salud y una disminución de los factores de riesgo en la comunidad en relación al momento anterior de la investigación.

Finalmente, se espera que los participantes de la comunidad puedan continuar involucrados en la búsqueda de un mejor bienestar social mediante las estrategias más acordes a ellos y a los principios desarrollados de la Educación para la Salud.

COMUNICACIÓN, CULTURA Y SALUD

Sandoval, José Maximiliano Henrique. Universidad del Sur-Oeste de Bahía, Brasil.

La lucha por la salud no es otra cosa que la lucha contra la epidemia de la desinformación. Por eso es necesario que al producir un mensaje educativo sea necesario tener en consideración el aspecto cultural de las personas. El objetivo de este trabajo es identificar la forma cómo los estudiantes del segundo grado perciben las informaciones sobre salud transmitidas a través de la televisión. Fueron entrevistados 400 estudiantes con una edad media de 17 años. Los resultados demuestran que para la mayor parte de los estudiantes las informaciones son muy pocas y no informan lo necesario para que una persona aprenda algo sobre su salud, pues la política de la televisión es principalmente comercial y no educativa. Si fuera educativa sería necesario tomar en consideración la diversidad cultural de las personas. Se concluye que el trinomio comunicación-cultura-salud es un fenómeno actual y presente en el imaginario colectivo; por eso necesita de mayores estudios.

FROM COMMUNITY DEVELOPMENT TO CONSULTATION: THE CONSUMERS' HEALTH FORUM OF AUSTRALIA, 1987-96

Short, Stephanie. U. of New South Wales, Australia.

This paper examines the origins and development of the Consumers' Health Forum (CHF) of Australia, established in 1987, from its early origins in federally-supported local community development work, to its current status as a 'one-stop consultation shop' for the Commonwealth Department of Human Services and Health. The CHF is the major national organisation which represents the views of community and consumer groups on issues relating to health: it selects, organises and supports consumer representatives on over 80 national committees, including most committees and working parties of the Commonwealth health authority and the National Health and Medical Research Council. Analysis of relevant correspondence, policy documents and secondary literature, combined with key informant interviews, indicates that the Forum has undergone two distinct phases of development. In the first six years, emphasis was given to the development of a strong cohesive community-based lobby which could provide the Commonwealth health authority with information and advice to act as a balance to the representations of well organised professional and industry groups. Since 1993, however, increasing emphasis has been given to the consultative function of the Forum, which is consistent with a corporatist rather than a community development model of community participation in health policy making.

POLITICAS SOCIALES Y SECTOR TRABAJADOR: IMPLICACIONES DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SEGUROS SOCIALES EN VENEZUELA.

Ligia Soto Navas. Universidad de Carabobo, Venezuela.

1989 fué el comienzo en Venezuela de una redistribución del poder, a raíz de la aplicación de la Ley de Elección y Remoción de Gobernadores, para establecer relaciones directas entre Electores y Elegidos. Estos Gobernadores - antes designados discrecionalmente por el Presidente del País - nacieron con extrema debilidad entre dos tradicionales macropoderes: Municipio y Ejecutivo Nacional, privilegiados en la Ley Orgánica del Régimen Municipal y la Constitución de la República, otorgándoseles la casi totalidad de competencias administrativas, financieras y de gestión públicas. Por esto, las Gobernaciones gestionaron al Proceso de Descentralización, como alternativa para alcanzar mayores competencias. Descentralizar para construir un país federal, sustentado en los gobiernos estatales. Descentralizar al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, ente que conduce la política social de los trabajadores, es una meta demasiado deseada. Pero cuáles son las implicaciones que a una política social integral puede traer la transferencia? Se verán afectados los trabajadores con políticas aisladas, definidas por cada Gobernación, en base a sus condiciones? Hacia donde va la Política Social de los Trabajadores en Venezuela? Interrogantes estas que intenta resolver este ensayo, analizando las ventajas y desventajas de tal descentralización.

INTEGRATION OF HOSPITALS INTO DISTRICT HEALTH SYSTEMS: A CASE-STUDY IN SALVADOR, BAHIA

Souza, Luis Eugenio. Federal University of Bahia - Brazil.

Lack of success of Health for All Movement with its emphasis on Primary Health Care, on the one hand, and the high increase of costs of hospitals' activities, on the other, brought back the discussion about these health units. Nowadays, different concepts of integration of hospitals into health systems are present in specialized literature. In my research, I reviewed this debate and I try to identify the characteristics of a hospital well-integrated into a district health system. I studied the case of São Rafael Hospital and Pau da Lima Health District in Salvador, Bahia, Brazil. The participant-observation was the principal strategy of methodology. But I also interviewed people in key positions and reviewed all documents that rule relations between Hospital and District. In this manner, I was able to make a "triangulation", employing the three methods. I classified the different propositions to hospitals' role in three groups: private, hierarchical, and hospitalicide. My own critiques of these propositions lead me to a fourth, that I called integrating. Adopting this last one as a paradigm, I concluded that São Rafael Hospital's integration into Pau da Lima Health District is very far from a desirable integration, in spite of contributions this Hospital has given to Pau da Lima's development. Finally, it is clear that hospitals' integration into health systems, even though it has a local dimension, has stronger determinants in national public policies.

INTEGRACION ECONOMICA REGIONAL Y PROCESO DE SALUD/ ENFERMEDAD/ ATENCION EN POBLACIONES DE FRONTERA: CASO ELDORADO.

Alicia Stolkiner, Barcala, A.; Radunski, P.; Ostrej L.; Altamira C.; Pavlovski, M.; Comes, Y.; Rodríguez, E.; Segovia, G.; Bedoya, H. Argentina

La formación de bloques regionales es parte de los drásticos y veloces cambios económico-sociales de esta época. En el caso de la Argentina, integra el Mercosur, juntamente con Brasil, Paraguay y Uruguay. El objetivo de esta investigación es describir y conceptualizar los efectos que, en el proceso salud/enfermedad/atención en poblaciones de frontera, producen las transformaciones económico sociales derivadas del cambio en la modalidad de crecimiento. En esta etapa, el análisis se centra en la modificación de la dinámica de los actores sociales del sector salud, sus modalidades de respuesta y sus efectos en el proceso S/E/A. Se trata de un estudio descriptivo interdisciplinario de caso que combina técnicas cualitativas con cuantitativas, y se realiza en una población limítrofe entre Argentina, Paraguay y Brasil, el Municipio de Eldorado. Este abarca 50.000 habitantes, con gran complejidad etnocultural (se hablan cuatro lenguas), un 57% de la población es considerada pobre. Se incorpora a la tarea personal del Hospital y del Programa de Atención Primaria de la Salud de la zona, articulando la producción de conocimiento académico con la investigación en servicios de salud. Es un proyecto de tres años que se encuentra en el primero. Cuenta con financiación de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires,

REFORMA DEL ESTADO, DESCENTRALIZACION Y MUNICIPALIZACION DE LA SALUD: EJES PARA LA CONSTRUCCION DE PATRONES DE CIUDADANIA EN SALUD EN CARACAS, VENEZUELA URBANEJA, MARIA; REVELLO, W: - U.C. DE VENEZUELA

Los procesos de reforma del Estado y de descentralización iniciados en Venezuela desde finales de la década de los años ochenta, han contribuido en una dinámica altamente irregular y conflictiva, a iniciar experiencias dirigidas a la formulación de políticas de salud estatales y municipales orientadas a la promoción de la salud, la búsqueda de la equidad, la universalidad de la atención, y la calidad de las acciones sanitarias. Utilizando para ello estrategias de participación y control social, coordinación intersectorial, integralidad programática, enfoque de género y concepciones alternativas de comunicación, se ha favorecido el desarrollo de modelos locales de atención y de gestión, basados en formas de relacionamiento entre las instancias de gobierno municipal y la sociedad civil que destacan la profundización de la democracia y la defensa del derecho a la salud. Uno de los objetivos principales ha sido contribuir a la construcción de nuevos patrones de ciudadanía que promuevan la defensa del derecho a la salud, como un derecho ciudadano, rescaten el papel protagónico de los pobladores urbanos en la planificación y conducción de los diversos espacios para la salud, y garanticen el mejoramiento de las condiciones de vida de estas comunidades. Desde esta perspectiva, el presente trabajo presenta la experiencia desarrollada desde la Alcaldía de Caracas, capital de Venezuela y analiza esta gestión municipal en sus tres años de duración, a través de sus principales lineamientos políticos y sus principales planes y proyectos de acción.

HOME IS WHERE THE GOVERNING IS: SOCIAL CAPITAL AND REGIONAL HEALTH GOVERNANCE

Veenstra, Gerry. McMaster University, Canada.

Although representativeness of community members, the structure of the political body and the type and amount of available information are important determinants of effective political governance, certain individual- and group-level characteristics in the governed community itself are important causal factors that directly and indirectly affect representativeness, structure, information and political governance in general. This paper identifies community attributes that serve as a resource (a social capital) for regional health governance in the Canadian health system. A theoretical model is presented that conceptually links individual social-psychological attributes of community members (trust and commitment) and aggregate and collective community attributes (associationalism, civic participation and collaborative problem-solving ability) with the effective governance of regional devolved health authorities in Canada (reflection of community needs and preferences, innovative and successful policy implementation, improvement of population's health, fiscal responsibility and administrative efficiency). The model suggests policy approaches that expand on community participation, thereby transcending ethnic, religious, and other cultural distinctions that impede the creation of social capital. The author plans to test this model in his dissertation, during the next two years, in Saskatchewan, Canada.

THE BRAZILIAN ASSOCIATION OF MUNICIPAL HEALTH
OFFICIAL AND THE DECENTRALIZATION PROCESSUS
INTO MUNICIPALITIES

Zaccarelli, Monica, Cantarino O'Dwyer, Gilson,
CONASEMS, Brasil.

This document has the objective to present the Brazilian Association of Municipal Health Officials - CONASEMS. Created in 1987 CONASEMS represents around 5 thousands Municipal Health Officials from all over the country. It participated actively on the conception of the Constitution (1988) and of the mainly laws that characterize Brazilian Health System. The document analyses CONASEMS participation on the definitions of the National Health Policy as member of several national committees as well as the "Comissão Intergestores Tripartite" -Public Managers Committee- or the "Conselho Nacional de Saúde"-National Council for Health. CONASEMS stands for a municipalized and public health system and believes the local spaces are the place to work efficiently activities between the sectors for the promotion of health and community participation. CONASEMS develops technical cooperation practices and has encourage experiences exchanges between municipalities. With this objective it has promoted, recently, The First Congress of Municipal Health Secretaries of Americas which resulted the Fortaleza Charter, a declaration of "health for all and by all".

INDEX DES AUTEURS ET COAUTEURS

AUTHORS AND COAUTHORS INDEX

AUTORES Y CO-AUTORES ÍNDICE

INDEX DES AUTEURS ET DES COAUTEURS
AUTHORS AND CO-AUTHORS INDEX • AUTORES Y CO-AUTORES ÍNDICE

Nom / Name / Nombre y apellidos	Code / Código
A	
Abelson, Julia	2D11
Abraham, I.	2C14
Abreu, M.S.D.	PC1
Abreu, M.S.D.	PC23
Abreu, M.S.D.	PC24
Ackman, Margaret	S6
Adeyi, Olusoji	P5.2
Adréa, Chantal	3C12
Agazzani, M.	PB9
Akerman, Marco	2D1
Albisa, Kathy	1A2
Alcaraz, Gloria	2A18
Allen, S.H.	PB3
Almeida, Celia	3D5
Almeida, I.C.	PA15
Almeida, Renan MVR	PC16
Almeida, S.R.	PC1
Almeida, S.R.	PC23
Almeida, S.R.	PC24
Alonso, P.	2A2
Alonso Hortale, Virginia	2C1
Altagracia, M.	3B15
Altamira, C.	PD22
Alubo, Ogoh	1B6
Alvarado Mejía, Jorge	2A11
Amiel, M.	1A20
Amin, Samir	P5.1
Amparo, Vesga S.	PA1
Amzallag, Marie	S8.3
Anderson, Kay	2A26
Andrade, Maria G.G.	PC2
Angeles, Rojas María	PC8
Anguelov, Zlatko	S7
Antoine, G.	1D4
Araujo, Rafael	1A11
Araújo, S.M.	PC1
Araújo, S.M.	PC23
Araújo, S.M.	PC24
Arias V., Maria Mercedes	2A18
Arión, Alí	PA2
Armando Haro, Jesús	PA3
Arredondo, Armando	1B5
Arroyo Laguna, Juan	3C6
Arruda, Déa	2C6
Arruda, Déa	PC3
Arweiler, D.	1B13
Aslanoglou, Th.	2D14

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Aucoin, Léonard	S7
Augusto, Lia G.S.	3A7
Azize, Yamila	1A2
B	
Babela, Rebecca	3C4
Badia, Xavier	1A7
Badia, Xavier	3A1
Balestrini A., Mirían	2A19
Banken, Reiner	3D27
Banks, Timothy M.	1D19
Banteye, Noël	PA4
Barbani, F.	PB9
Barber, K.	3A9
Barbosa, L.M.M.	PC6
Barcala, A.	PD22
Baris, Enis	2C7
Baris, Enis	3C2
Baris, Enis	3D25
Barnsely, J.	PB10
Barro, Giovanni	PC4
Barro, Giovanni	PA39
Barry, Mamadou Cellou	3A5
Basterrechea, Luis	2C18
Battista, Renaldo N.	S1
Beaudet, N.	2A27
Beaudoin, C.	1B12
Beaudoin, C.	2C12
Beaudry, M.	PA55
Bedoya, H.	PD22
Behrens, Jean	2B9
Béland, François	1C5
Béland, François	3C18
Belenkie, Israel	S7
Beloum, Cécile	1C7
Benbenaste, Narciso	3D11
Benkö, Zsuzsanna	2B1
Benoît, Monique	3C16
Benos, Alexis	2D14
Beresova, A.	1A40
Bergman, H.	1C1
Bermudez, Jorge	3B14
Bermúdez, Marisela	1A41
Bernal P., Carlos	2A18
Berriche, A.	1C9
Bertollozi, Maria Rita	PA5
Bertollozi, Maria Rita	PA6
Bertollozi, Maria Rita	PD1
Bertoni, N.	1C6
Bérubé, J.	S4.3

Nom / Name / Nombre y apellidos	Code / Código
Betancourt, Oscar	3A12
Bhagwat, I.P.	3A19
Bibeau, Gilles	3A23
Bilir, Nazmi	S3
Billette, Isabelle	1D12
Bilodeau, Angèle	1A13
Biolay, Sylvie	PC10
Biolay, Sylvie	PC11
Birn, Anne-Emanuelle	2A17
Blais, Louise	1A26
Blais, R.	1A6
Blais, Régis	PC5
Blanco-Gil, José	1A33
Blanco-Gil, José	3A28
Blanco-Gil, José	PA7
Bloom, Gerald	1B3
Boily, M.	PC15
Bolduc, Mario	2A24
Bon, N.	PA56
Borgemans, L.	2C14
Borisovna Tkachenko, Galina	PA8
Boucher, Normand	2A24
Bourdon, Marie-Andrée	PB1
Bourgeois, A.	2A27
Bourget-Daitch, MR.	3D14
Boyle, P.	PC5
Bradai, S.	PA56
Branco, Kenneth J.	1A24
Branco, Wanda Lucia	PA22
Brea Correa, A.I.	3C13
Bretin, Hélène	1A45
Bridgman Perkins, Barbara	2C20
Brooks, Fiona	2B14
Brooks, Fiona	3A2
Browne, G.	2C9
Brunelle, Yvon	2C4
Buchbinder, Marcos	3A20
Bučionis, Vytautas	1C4
Buiatti, F.M.	PA15
Buralli, K.	PA24
Burlandy Campos de Alcântara, Luciene	PD10
Buss, Paulo	P4.1
Busse, R.	3C17
Byrne, C.	2C9
C	
Cabiedes Miragaya, Laura	1B17
Cabiedes Miragaya, Laura	3C1
Caicedo, Carmen Yudith	PA9
Calderon, Rutilia	1B11

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Calhoun-Mumia, Nona Ralphel	1D8
Cameron, Prue	3D20
Campos, L.S.	PA18
Canesqui, Ana Maria	PA10
Cantin, Solange	2A1
Carapinheiro, Graça	2D17
Carasco, Joseph	2A9
Carreño, Rafael	3D23
Carrière, Yves	S8.3
Carroz Chacin, Alba	PD2
Cartier, Paul	1A17
Carvalho, Antônio Ivo	PD3
Casadieago, D.	PD11
Casas, Lidia	1A2
Castillo, Luisa	1D9
Castillo, Luisa	1D18
Castillo, Luisa	3D23
Castillo Morán, Marco A.	2D7
Castro, M.T.S.	PA18
Castro, R.S.	PA18
Castro, V.D.	PA42
Cazale, Linda	1B13
Cesar, C.L.G.	1A12
Chacón, Max	3B4
Chamas, Claudia	PD4
Champagne, F.	1C1
Champagne, F.	2C7
Champagne, F.	3B11
Chandiwana, Stephen	S3
Charbonneau, C.	PA55
Chauvin, James	S3
Chávez, L.	1D18
Chen, Meei-shia	1A28
Chen, Meei-shia	3D2
Chevalier, Serge	2A27
Chevalier, Serge	3C10
Chevalier, Serge	PA25
Chirmulay, Deepti	3A19
Choinard, V.	2A10
Choinière, Robert	PA11
Choinière, Robert	PA25
Clarke, Heather	2C2
Cloutier, Hélène	3C12
Cloutier, Hélène	PA12
Cobos, V.	2A11
Cockerill, R.	PB10
Cohen, JC	1D4
Cohn, Amélia	1A34
Colin, Christine	1A8
Colin, Christine	2D6
Collin, Johanne	1B20

Coloma, Carlos	1A26
Comes, Y.	PD22
Connolly, Carmen	S2
Contandriopoulos, A.P.	1C6
Contandriopoulos, A.P.	3B11
Cook, J.	1C9
Corbo, Anamaria	PA13
Corbo, Anamaria	PA22
Corin, Ellen	2C24
Corso, Arlete	PA24
Courtney, L.	3A2
Crost, M.	1C9
Cuernavaca, Morelos	PA26
Cuernavaca, Morelos	PC8

D

Da Conceição, Maria Cristina	PA14
Dahl, Espen	1A35
D'Amour, Danielle	3B11
Das, K.	3A23
David, Hélène	1A20
Davis, Peter	1D20
De Andrade Bodstein, Regina C.	3D29
de Castro, Inês Rugani R.	2C8
Dedobbeleer, Nicole	2A4
Dedobbeleer, Nicole	3C11
Dejace, Alain	2C14
De Leeuw, Evelyne	3A25
De Leeuw, Evelyne	3D13
De Leeuw, Evelyne	3D30
De Leeuw, Evelyne	PD6
Delgado, Emperatriz	PC9
De Maeseneer, J.	1A17
De Meis, Carla	1D2
Demers, Andrée	1A16
Demers, Diane Louise	3A10
Demeulemeester, René	1D4
Demeulemeester, René	2D13
Denis, J.-L.	3B1
Denton, Margaret	2A10
Denton, Margaret	3A9
Deppe, Hans-Ulrich	TR.1
de Oliveira, Neide Mattar	PA15
de Oliveira, Neide Mattar	PA16
de Oliveira, Neide Mattar	PA17
de Oliveira, Neide Mattar	PA18
de Oliveira, Neide Mattar	PA19
de Oliveira, Neide Mattar	PA20
De Oliveira, Renato	3D16
de Pouvourville, Gérard	P2.2
De Prins, L.	1A17
Desbiens, Francine	1A30
Deschamps, Dany	PA23

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Deschamps, J.P.	PA56
Deschamps, Jean-Pierre	2C21
Desjardins, S.	2A4
Desjardins, Y.	2A4
Develay, Aude	3D9
Devos, Martine	1A17
Devos, Martine	2B11
Diderichsen, Finn	TR.2
Dollis, Niki	3A26
Domenighetti, Giafranco	P4.2
Doré, Suzanne	2A23
Dorland, J.	PA21
Dorvil, Henri	3C16
Dovell, Ronald A.	PA21
Drapeau, A.	3A24
Drapeau, S.	PA55
Dravé, Mamadou	2C18
Dubois, Lise	1D16
Dufour, R.	2A27
Duhamel, Fabie	1B12
Duhamel, Fabie	2C12
Dumais, L.	3A8
Dupuis-Godin, M.	PA64
Duran-Arenas, L.	3D25
Dyke, Nathalie	2C19

E

Edmundo, Kátia	PA13
Edmundo, Kátia	PA22
Eggli, Yves	2C18
Egry, E.Y.	PD1
Ehrenzweig Sánchez, Y.	1D11
Elu, Maricarmen	PD5
Engardt, P.	PA49
Escorel, Sarah	3D24
Evans, Robert George	P2.1
Eynard, Francis	PA23

F

Façonha, M.C.	PC6
Fagundes, Regina	PA24
Fariña, Jorge	3D11
Fassin, D.	1A45
Fatima, Oufriha	3A4
Fearon, Jane	3A14
Feo, Oscar	P3.1
Ferland, Marc	1A9
Ferland, Marc	PA25
Fernández, Esteve	1A7
Fernández, Félix	1A11
Fernández, J.	1A41
Fernandez Ruiz, M.L.	PA50
Fernandez Ruiz, M.L.	PB7
Fernandez Ruiz, M.L.	PD16

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Ferraz, Sonia Terra	3D12
Ferré, N.	1A45
Ferreira, Claudia	PA22
Fiedler, J.	1B15
Filion, Gilbert	1A13
Finlay, Joel	2B7
Fisher, Jr., William P.	PB3
Fonseca, M.D.	PC6
Forest, Pierre-Gerlier	1A27
Forest, Pierre-Gerlier	3D17
Fortanier, C.	3B1.1
Fortin, D.	PA60
Fortin, Jean-Paul	S4.3
Fortin, Lynda	2A7
Fortin, Lynda	2D2
Fougeyrollas, Patrick	2A24
Franco, Saúl	TR.3
Freire, R.C.	PA16
Frenk, Julio	2D16
Frolich, C.	PA53
Fugère, A.	PC14
Fujimori, E.	PA42

G

Gabrielian, Emil	3B16
Gafni, A.	2C9
Gagné, Hélène	1A46
Gagnon, Diane	3D17
Gaitán, Orlando	2A25
Garagnani, M.	PB9
García, C.	1D17
García, Eloi	PD4
García, L.A.P.	PA15
García Barrios, Cecilia	1D17
García Barrios, Cecilia	PA26
García Barrios, Cecilia	PC8
García Barrios, Cecilia	PC9
García Barrios, Cecilia	PD5
García Molina, Carlos	PA26
García Roldán, Rodolfo	3C13
García Sosa, Milton	2D12
Gardier, S.	2B11
Gastaldo, Denise	1B10
Gastaldo, Denise	3D19
Gaumer, Benoît	3D10
Gautun, Heidi	1A35
Gerbaud, Laurent	PC10
Gerbaud, Laurent	PC11
Gerschman, Silvia	3A21
Ghannem, Hassen	1B4
Giacomini, Mita	3B2
Giannakopoulos, St.	2D14
Gibertoni, C.	PB9
Giffin, Karen	1A3
Glanddier, Phyllis-Yvonne	PC10

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Gomes, Jorge da Rocha	2B6
Gonçalves, V.F.	PC6
González, Dolores	PC9
González, José Leonardo	3A15
González, RL	2A11
González Block, Miguel Angel	2D16
Gonzalez-Casanova H., Pablo	PC12
González E., Germán	2A18
González Padrón, Eduardo	3C14
González-Pérez, Guillermo	PA27
González-Pérez, Guillermo	PA28
González-Perez, Guillermo	PA61
González-Perez, Guillermo	PA62
Gorin, Stephen	3D31
Gorin, Stephen	PC18
Gosset, C.	1A17
Gosset, C.	2B11
Gosset, C.	2C14
Goudreau, Johanne	1B12
Goulet, L.	PA53
Goumans, Marleen	3A25
Goumans, Marleen	3D13
Goumans, Marleen	PD6
Granda, Edmundo	S5
Grangaud, Jean-Paul	1C9
Gray, Gwen	2C11
Greco, Rosangela Maria	2B6
Grimberg, Mabel	2A5
Gruffydd, M.	2D14
Gu, Xingyuan	1B2
Gu, Xingyuan	1B3
Gualtieri, M.C.	PB9
Guay, L.	2C24
Guillén, A.M.	3C1
Guimaraes, D.S.	PC1
Guimaraes, D.S.	PC23
Guimaraes, D.S.	PC24
Guinart Zayas, Nancy	PC13
Gumbi, R.V.	3D6
Gutierrez, Daniel	PD5
Gutiérrez, Gilberto	1A43
Gutiérrez, Norma C.	PA29
Gutiérrez, Norma C.	PA59
H	
Halley des Fontaines, Virginie	1C8
Hatcher-Roberts, J.	1C6
Hatcher-Roberts, J.	3D26
Healey, Bernard J.	1B9
Hemminki, E.	3B13
Hendricks, S.J.H.	3D6
Henriques, Jorge Aldereguía	1A19
Henriques, Jorge Aldereguía	1D14
Henriques, Jorge Aldereguía	PA30
Hernández, M.	2A2

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Hernández Gárciga, Francisco F.	2C10
Hernández Gárciga, Francisco F.	3C14
Hernández Gárciga, Francisco F.	PD7
Hernández Zamora, Zoila	1A23
Heyerick, P.	1A17
Hindo, Walid A.	1C2
Hindo, Walid A.	3C5
Hirst, Julia	2B5
Hoil Santos, Jolly Josefina	1A14
Hoil Santos, Jolly Josefina	1D1
Horm, J.	2A26
Huff-Rousselle, Maggie	1B15
Huff-Rousselle, Maggie	1B16
Huggins C., Magally	2D8
Hundert, Mark	2C5

I

Iliev, D.	3D15
Ishii, M.	PA24

J

Jaén, María Helena	P1.1
Janones, R.S.	PA18
Jiménez, Rolando	PA31
Jimenez, Vania	1A44
Jimenez, Vania	2A16
Jones Arsenault, Lori	2B7
Joubert, P.	S4.3
Jourdan-Ionescu, C.	2A14
Jourdan-Ionescu, C.	2A15

Judge, Ken	1A10
Junod, Bernard	PD8
Junqueira, F.L.	PC1
Junqueira, F.L.	PC23
Junqueira, F.L.	PC24
Jutras, Sylvie	PA32

K

Kalnins, I.	PA32
Kanak, James R.	2C22
Karisto, Antti	1D7
Katsumbe, Tonderai	3D7
Kavaka, N.	2D14
Kazarian, I.	3B16
Kendirgi, Max	2A15
Kermani, S.	1C9
Khuda, B.	PA46
Khuda, B.	PC22
Kishchuk, Natalie	3C10
Kottke, T.	PA58
Kovarova, Maria	1A40
Kravzov, Jaime	3B15

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Krleza-Jeric, Karmela	3D15
Krleza-Jeric, Karmela	S7
Krupp, B.	1A24
Kuate Defo, Barthélémy	3A27
Kuhlmey, Adelheid	1A22
Kurbansho, Mirzo-Ali	2B10
L	
La Rosa, Francesco	PC4
Labrie, Louise	1A13
Lacerda, L.M.	PA15
Lacombe, Karine	2D13
Lafontaine, P.	PA25
Lalta, S.	1B15
Lam, M.	PA21
Lamarche, Paul	P3.2
Lamari, F.	1C9
Lamontagne, Yves	1D6
Lamontagne, Yves	2A8
Langer, Ana	PC8
Langer, Ana	PC9
Lanoie, Paul	PA33
LaPerrière, B.	2D5
Lapierre, Andrée	PA34
Laplante, Odette	2D2
Larcher, Pierre	1A36
Larcher, Pierre	3D28
Larivière, Claude	2C15
Larkin, Gerald V.	3B7
Laurell, Asa Cristina	TR.4
Laurier, Claudine	1B20
Lavoie, G.	S4.3
Lazcano Ponce, Eduardo Cesar	2A2
Lazcano Ponce, Eduardo Cesar	2A3
Lazimi, Gilles	PD9
Leduc, Louise	1D6
Leduc, Nicole	1C1
Légaré, Jacques	S8.3
Lehoux, Pascale	3B1
Lemus, Jorge	PA35
Lendechy, A.	1A14
Lendechy, A.	1D1
Lessard, Richard	1A31
Lestienne, André	PC11
Levcovitz, Eduardo	2C6
Levcovitz, Eduardo	PC3
Leviton, Daniel	3B12
Lévy, J.	PA64
Lévy, Joseph J.	PC14
Levy, R.	1B12
Lew, Viviane Annie	PC15
Lichtenstein, B.	1D20
Lieber, S.R.	3A7
Lima, A.R.	PA42
Lin, Vivian	1B14

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Lin, Vivian	3A26
LLambias-Wolff, Jaime	3D4
Logghe, Kristel	3A25
Logghe, Kristel	PD6
Lombardi, Clovis	PA36
López, Luisa	3D22
Lopez-Acuña, Daniel	S5
López-Arellano, Oliva	1A33
López-Arellano, Oliva	3A28
López-Arellano, Oliva	PA7
López Ríos, Olga	1A42
López Ríos, Olga	2A3
Lorenzo, Philippe	3A29
Lowenger, Elizabeth	S8.2
Lozana, J.	1B7
Lucas, Henry	1B2
Lucioni, María Carmen	PA35
Luna Pacheco, Francisco	PA37

M

Macedo, Joselita Nunes	1A12
Macedo, Joselita Nunes	1D13
Machado, Maria Helena	1B7
Machado, Maria Helena	3B10
Madden, Karen	2B7
Magalhaes, Rosana	PD10
Magalhães Bosi, Maria Lúcia	PB4
Magalhães Bosi, Maria Lúcia	PB5
Maheux, B.	1A6
Mahon, M.	3C8
Malavé, Moravia	1A18
Malcolm, Laurence	P3.3
Malenfant, Romaine	3A11
Mandolesi, F.	PA39
Mannoni, G.	3B1.1
Manze, C.J.S.	PA15
Margulies, Susana	1D5
Marier, R.M.	PB3
Marins, Vania M.R.V.	PB6
Marins, Vania M.R.V.	PC16
Marleau, J.	2A16
Márquez, M.	PA31
Márquez, M.	PA58
Márquez Barradas, Maria Luz	1A4
Márquez Barradas, Maria Luz	1A5
Martelli, C.M.T.	PA36
Martin, Catherine	1A13
Martin, Claude	1A21
Martin, Jean-Claude	S8.2
Martins, Cláudia S.F.	PB6
Martins, Maria Inês C.	PC17
Martins, M.P.S.	PC6
Marty, Michel	PC11
Marzouki, Moncef	2D4
Mastrandrea, V.	PC4

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Mathur, Indu	2A20
Mauricio, Hernández	2A3
McCubbin, Michael	2C26
Mebtoul, M.	1C9
Melissen, K.	2C14
Mello, Dalva A.	PA38
Mercedes, Ballesté	PD5
Messing, K.	3A8
Millette, Bernard	2B2
Minelli, Liliana	PA39
Minelli, Liliana	PC4
Minerva, Romero	PC8
Mintz, Alan P.	1C2
M'Koné, Ahmed	S7
Moatti, Jean-Paul	3B1.1
Moffet, Suzanne	1A8
Moisan, Jean-Luc	1A31
Moniz, Cynthia	PC18
Montague, Terrence	S6
Montzerrat, Salas	PD5
Mor, V. 1A24	
Mora Mata, Geovanna	1A32
Mora Mata, Geovanna	2A21
Moreau, M.P.	3B11
Moreau, Sylvie	3A24
Morel, Michel	1A31
Morin, P.	PA32
Morisset, J.	S4.3
Morissette, P.	3C11
Moukolo, Abel-Zéphirin	3C4
Moura, G.	PD12
Mowat, D.	PA21
Mozumder, K.A.	PA46
Mozumder, K.A.	PC22
Muller, Andreas	PA40
Mulligan, J.	1A10
Munar, Wolfgang	PC19
Munar, Wolfgang	PD11
Muñoz, A.	PA28
Muñoz, A.	PA62
Murphy, Barbara J.	1C2
Murphy, C.	2A16
N	
Nadal, J.M.	1D4
Nadeau, Louise	S2
Najar, Alberto L.	3A30
Najera, P.	2A2
Nakahara, Toshitaka	2C3
Nangendo, Florence	1B1
Nascimento, R.T.	PA18
Navarro, Vicente	TR.5
Neto Rodriguez, Delfim Pereira	S7
Neumann, Elisete Mariane	PC20
Neumann, Elisete Mariane	PD12

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Nichiata, Lucia Y.I.	PA5
Nichiata, Lucia Y.I.	PA54
Nichiata, Lucia Y.I.	PA67
Niehoff, Jens-Uwe	1A22
Niehoff, Jens-Uwe	1D15
Nitzkin, J.	PB3
Normandeau, S.	PA32
Novaes, Hillegonda M.D.	3B3
Nshakira, N.	1B1

O

Ochoa, Héctor	1A37
Oliveira, Dulce Maria M.	PA41
Oliveira, E.	1B7
Oliveira, Ida M.V.	PA42
Oliveira, M.A.C.	PA5
Oliveira, S.C.	PA18
Ollila, Eeva	3B13
O'Loughlin, J.	2A27
Oreškovic, Stipe	2B12
Ortega Canto, Judith Elena	1A14
Ortega Canto, Judith Elena	1D1
Ortega Gutiérrez, Mauricio	1A39
Ortiz Viveros, Godeleva Rosa	1D11
Osorio Granado, Ana Elisa	3D21
Ostrej, L.	PD22
Otis, J. PC14	
Ouaknine, Léon	S8.1
Ouedraogo, Boureima de Salam	PA43
Ouellet, D.	2A27
Ouimet, G.	2D9

P

Paclot, C.	PA45
Page, Paula	2D17
Pageau, M.	PA25
Pallasá Cadiz, Jorge L.	PD7
Pame, Patricia	1C8
Panerai, R.U.	3B4
Panet-Raymond, Jean	1A13
Paquette, G.	1A9
Parker, Audry	2B5
Patavino, V.	PA39
Pavlovski, M.	PD22
Pereira, Gilza S.	PB6
Pérez-Franco, B.	PC26
Pérez Rosiles, Lourdes	1A4
Pérez Rosiles, Lourdes	1A5
Perkins, F.L.	3D15
Perreault, Robert	1A31
Perreault, Robert	S4.1
Pesi, T.	PB9
Petrinelli, A.M.	PC4
Phillips, Anne	3D26
Phillips, David	2B14

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Pilar, Murriedas	PD5
Pilote, F.	PC14
Pineault, R.	PC5
Pineault, Raynald	2C4
Pineda, Lucia	PA1
Pinheiro, M.C.M.	PC1
Pinheiro, M.C.M.	PC23
Pinheiro, M.C.M.	PC24
Pintado, E.	PA31
Pinto, L.F.	1B7
Pinto, L.F.	3B10
Pissarro, Bernard	3D14
Pitta, Ana M.F.	2C25
Pomarède, R.	PA45
Pop Russinoff, Konstantin	1B19
Prado, Giglio	1A29
Prado, S.D.	PC1
Prado, S.D.	PC23
Prado, S.D.	PC24
Prato, Victor	PA44
Prévost, André	2D2
Prévot, Laurence	PA45
Pringle, P.	2A10
Pringle, P.	3A9
Puentes-Markides, Cristina	3A22

Q

Queiroz, Vilma Machado	2B6
Quevedo, Emilio	2A25
Quezada, Tirsis	1D10

R

Radunski, P.	PD22
Raftopoulos, P.	2D14
Rahman, Mafizur	PA46
Rahman, Mafizur	PC22
Ramírez, Juan Carlos	PA47
Ramos, R.G.	PC1
Ramos, R.G.	PC23
Ramos, R.G.	PC24
Rapp, P.	1A15
Reamy, Jack	3B9
Reghal, M.	1C9
Reginster-Haneuse, G.	1A17
Reginster-Haneuse, G.	2B11
Regnière, Gaétan	2A14
Rego, Sergio	1B7
Rego, Sergio	1B8
Rego, Sergio	3B10
Reichhold, S.	3A23
Reinharz, Daniel	1C6
Renaud, C.	1A30
Renaud, F.	1A20
Renaud, Lise	2A27

Nom / Name / Nombre y apellidos	Code / Código
Renaud, Marc	S2
Requeña, Mariano	P2.3
Requeña, Mariano	S3
Revello, Waldo	PD14
Revello, Waldo	PD23
Rheault, Sylvie	1B18
Ribeiro, A.	PC1
Ribeiro, A.	PC23
Ribeiro, A.	PC24
Ribeiro, M.A.	PA17
Ribeiro T., Patricia	3C2
Richards, Candia	1B15
Richards, Candia	1B16
Rinfret-Raynor, Maryse	2A1
Ritchie, Judith	S2
Riutort, Monica	3A3
Rivard, M.	2C7
Rivera-Márquez, J.A.	3A28
Rivera-Márquez, J.A.	PA7
Rivière, M.	3D15
Roberts, E.	PB3
Roberts, J.	2C9
Roberts, Kennedy	1B15
Robinson, Dorcas	PD15
Robinson, Robert R.	S4.2
Rocha, A.F.	PA20
Rodrigue, Norbert	3D8
Rodrigues, D.P.N.	3D15
Rodrigues, I.	3C11
Rodríguez, E.	PD22
Rodríguez, Francisco	3A6
Rodriguez del Barrio, L.	2C24
Rodriguez Tabares, Vivian del C.	2C10
Rodriguez Tabares, Vivian del C.	3C14
Rodriguez Tabares, Vivian del C.	PD7
Romedor, Jean-Marie	2D5
Rondal, P.	2C14
Rosselli, Diego	PA48
Rosselli, Diego	2A25
Rouquayrol, M.Z.	PC6
Rousseau, C.	3A23
Rousseau, C.	3A24
Roy, Denis	1A31
Rubanga, Edward	2A9
Rueda-Arroniz, F.	3A28
Ruel, Jean-François	2A23
Ruggles, Donna	1C2
Ruggles, Y.	2C22
Ruiz, Osvaldo	PA49
Ruiz-Flores, M.	1A37
Rusch, E.	2B4
S	
Saco Méndez, Santiago	2B8
Saco Méndez, Santiago	3A18
Sakellarides, Constantino	P1.2

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Samson, J.-M.	PC14
Sanchez Bayle, Marciano	PA50
Sanchez Bayle, Marciano	PB7
Sanchez Bayle, Marciano	PD16
Sánchez de Mantrana, Mirna	PD17
Sánchez-Pérez, H.J.	1A37
Sandoval, José M.H.	PA51
Sandoval, José M.H.	PD18
Santana García, Xiomara	PA52
Santiago, Silvia M.	PB8
Santos, D.M.	PC1
Santos, D.M.	PC23
Santos, D.M.	PC24
Saucier, J.	PA64
Saucier, J.F.	2A13
Saucier, J.F.	2A16
Saucier, J.F.	2A29
Saucier, Jean-François	2C19
Sauvageau, Y.	PA25
Sawadogo, Oussoumana	1C10
Schaman, John P.	3B5
Schiaffino, Anna	3A1
Schiavone, Miguel	PA35
Schneider, F.	1D15
Schwartz, Friedrich W.	3C17
Schwoerer, C.	PD8
Seberg, Scott S.	1C2
Seberg, Scott S.	3C5
Segall, Alexander	3C9
Segouin, Christophe	2B4
Segovia, G.	PD22
Séguin, Louise	PA53
Segura, Andreu	1A7
Segura, Andreu	3A1
Seifert, Ana María	3A8
Sepúlveda S., Jaime	S3
Sepúlveda Salinas, Jaime	1A25
Sévigny, Odile	3C7
Sévigny, Robert	1A44
Shepherd, C.	1B15
Shima, H.	PA54
Shima, H.	PA67
Short, Stephanie	PD19
Shoveller, Jean	2D10
Sicotte, C.	3B1
Sicotte, C.	3B11
Silva, F.A.L.	PC6
Silva, F.G.	PA15
Silva, F.M.	PA16
Silva, F.M.	PA17
Silva, Nádia A.	PC16
Silva Filho, João	1D2
Simard, Marie	PA55
Soler, L.A.	1A29
Solimano, G.	1C6
Sommer, Myriam	2A30

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Soto Navas, Ligia	PD20
Soulimane, Abdelkrim	PA56
Souteyrand, Y.	1D4
Souza, C.A.	3A7
Souza, Luis Eugenio	PD21
Spinoso, Gianfranco	3A26
Spiro, Alan H.	1C2
Spiro, Alan H.	3C5
Stitt, Sean	2A22
Stolkiner, Alicia	PD22
Stracci, F.	PC4
Struchiner, Mirian	PB6
Sullivan, Robert	3B8
Szilasiova, A.	1A40

T

Tafur, Francisco	PA48
Tajer, Débora	PA57
Takahashi, Renata Ferreira	PA5
Takahashi, Renata Ferreira	PA54
Talbot, L.	2C12
Talleyrand, D.	3D14
Tamblyn, R.M.	S4.1
Tang, Sheng-lan	PC25
Tannenbaum, T.N.	1C1
Tanner, J.	PB10
Tavenas, S.	PA33
Teixeira, M.	1B7
Teixeira, M.	3B10
Teno, J.	1A24
Tetelboin Henrion, Carolina	2D15
Tetelboin Henrion, Carolina	3D32
Thébaud-Mony, A.	1A45
Tkachenko, Galina	S3
Torrenegra, E.	PC19
Tosomeen, Ann H.	PA58
Tourigny, Louise	2D9
Tremblay, Gilles	2A13
Tremblay, Gilles	2A29
Tremblay, R.E.	2A13
Tremblay, R.E.	2A29
Trone, Kerstin	P4.3
Trugeon, Alain	1A15
Trugeon, Alain	3A29
Trugeon, Alain	PA23
Tsuyuki, Ross	S6
Tulle-Winton, Emmanuelle	2C16
Turabián, José Luis	PC26
Tursz, A.	1C9

U

Urbaneja, Maria	1A41
Urbaneja, Maria	2D8
Urbaneja, Maria	PD23

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Uribe, Griselda	PA59
Uribe, Javier	2D3
Uribe, Javier	3D18
Urzúa, Mario	PC8

V

Vadeboncoeur, Hélène	1A6
Vaitsman, Jeni	2D19
Valentini, Hélène	2D6
Valle, A.	PA28
Valle, A.	PA62
Valle, Joyce	PC16
van der Maesen, Laurent	2D20
Vanier, Carole	PA60
Vargas, P.N.	PA47
Vásquez, Paula	2B3
Veenstra, Gerry	PD24
Vega-Lopez, Maria G.	PA27
Vega-Lopez, Maria G.	PA28
Vega-Lopez, Maria G.	PA61
Vega-Lopez, Maria G.	PA62
Veggi, A.B.	PC1
Veggi, A.B.	PC23
Veggi, A.B.	PC24
Vellozo, Vitória	2D18
Venturi, Sergio	PA63
Venturi, Sergio	PB9
Verrier, Pierre	PA64
Vibet, Marie Noëlle	PC11
Vieira, B.C.	PA15
Vieira, Cesar	S5
Vieira, M.	1B7
Vieira, M.	3B10
Vieira Júnior, J.R.	PA19
Vieira Júnior, J.R.	PA20
Viisainen, Kirsi	3C8
Vilela, Alba Benemerita	PA65
Villacrés, Nilhda	2A12
Vinay, M.C.	PA32
Visillac, Enrique	3A20

W

Wallace, Santiago	3A17
Wallot, Hubert	2C13
Wallot, Hubert	2C17
Wallot, Hubert	2C23
Wallot, Hubert	3C3
Walt, Gill	3D1
Watt, Susan	2C9
Westmorland, M.	2A10
White, D.	1D12
Williams, A. Paul	PB10
Willis, Evan	P1.3
Willis, Karen	2A6

Nom / Name / Nombre y apellidos

Code / Código

Wilson, Richard

P5.3

X

Xochitl, Castañeda

PC9

Xochitl, Romero

PC8

Xochitl, Romero

PC9

Y

Yejo, Natalia

1D9

Yejo, Natalia

1D18

Z

Zaccarelli, Mônica

PD25

Zdoukos, Th.

2D14

Zeytinoğlu, Isik Urla

2A10

Zeytinoğlu, Isik Urla

3A9

Zunzunegui, M.V.

1C5

Zunzunegui, M.V.

3C18

Zwi, Anthony B.

3D1

